

☐ Ordinaria☐ Extraordinaria

DATOS DEL COLABORADOR

Nombre:

Apellidos:

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

Nombre:

Apellidos:

Fecha de nacimiento:

NIF:

Domicilio:

Nº:

Piso:

Población:

C.P.:

Provincia:

Teléfonos:

DATOS DEL PADRE / MADRE/ REPRESENTANTE LEGAL

Nombre:

Apellidos:

Parentesco:

NIF

Domicilio:

Nº:

Piso:

Población:

C.P.:

Provincia:

Teléfonos:

E-mail:

MARQUE LOS PROGRAMAS O SERVICIOS A LOS QUE ACUDIRÁ EL USUARIO EL CURSO 16-17

☐ Centro de atención temprana☐ Deporte☐ CEE Carmen Fernández Miranda☐ Actividades culturales☐ Centro Ocupacional☐ TIC☐ Programas formativos FOCUS☐ Arte Down☐ Servicio de empleo☐ Ocio☐ Centro de día☐ Respiro familiar☐ A la espera de determinar el servicio☐ Programas de intervención

OBSERVACIONES