



**APPDA – SETÚBAL**

Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

## FICHA DE ASSOCIADO

*Para ser preenchido nos serviços*

Sócio N° : .....

Aprovado pela direcção em..... O Presidente.....

### DADOS PESSOAIS DO ASSOCIADO

Nome : .....

B.I. n° : ..... Emitido em : ..... Data de nasc.: .....

Profissão : .....

Morada : .....

Localidade : ..... Código Postal : .....

Telefone : ..... Telemóvel : ..... Fax: .....

E-mail : .....

N° de contribuinte : .....

Grau de parentesco ou afinidade: .....

### DADOS DA PESSOA COM P.E.A.

Nome : .....

Data de nascimento: .....

Grau de ensino frequentado ou que frequenta : .....

Nome do estabelecimento ou associação: .....

### QUOTIZAÇÃO

Quota : .....(Mínima 1€/mês) Mensal  Semestral  Anual

Jóia 2,5€

Modo de pagamento: Numerário  Cheque

Assinatura do Responsável da APPDA-Setúbal

Assinatura do Associado

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_