

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

**VALORACIÓN DE DEFICIT SENSORIAL**

|  |  |
| --- | --- |
| **SOCIO:** | |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  |
| CORREO ELECTRÓNICO |  |
| TELÉFONO |  |
| **FAMILIAR A VALORAR:** | |
| NOMBRE Y APELLIDOS |  |
| EDAD |  |
| DIAGNÓSTICO |  |
| **CENTRO DONDE ESTÁ ESCOLARIZADO:** | |
|  | |