

**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:** |
|  |