



A. S. W. A.

Asociación Síndrome de Williams de Andalucía

C/José Vera, número 7. CP: 18170, Alfacar (Granada) | aswa@aswa.es | www.aswa.es

FICHA DE AFECTADO

Afectado

Nombre y apellidos.....

Fecha de nacimiento.....

Lugar de nacimiento.....

Número de hermanos..... Lugar que ocupa entre ellos.....

Dirección.....

Localidad.....

Código Postal..... Provincia.....

Teléfono de contacto..... N.I.F.....

Lugar donde le han realizado la prueba del síndrome.....

.....

FOTOGRAFÍA

Padre

Nombre y Apellidos.....

Profesión..... N.I.F.....

Madre

Nombre y Apellidos.....

Profesión..... N.I.F.....

Colegios a los que ha asistido

1.....

2.....

3.....

Hospitales que ha visitado

1.....

2.....

3.....

4.....

Autorización para la publicación de fotografías

D/Dña.....

como padre/madre/tutor del afectado, autoriza la publicación de la(s) fotografía(s) adjunta(s) en las revistas o boletines que publique o en las que colabore la Asociación Síndrome de Williams de Andalucía.

Firmado:

Fecha:

D/Dña.....