

ASSOCIAÇÃO PRO D TEA

Pais e Responsáveis Organizados pelos Direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista
Rua Quinze de Dezembro, 536. Vila Nascente CEP: 79036-350. Campo Grande/MS. Brasil - Telefone: (67) 3022-3617
Celular: (67) 99237-4068 CNPJ: 31.736.460/0001-06
SITE: www.prodtea.com Email prodtea@prodtea.com

FICHA DE FILIAÇÃO

| |
|--|
| Nome Completo: |
| Endereço Residencial: |
| Bairro |
| Cidade/Estado |
| Telefone Residencial: Telefone Celular: |

DOCUMENTOS PESSOAIS

| |
|---|
| Data de nascimento: |
| RG: Orgão: Expedido em: |
| CPF: |

OUTROS DADOS

| |
|---------------|
| ESTADO CIVIL: |
| PROFISSÃO: |
| ESCOLARIDADE |
| E-MAIL: |

CONTRIBUIÇÃO MENSAL (opcional – via depósito/transferência Banco do Brasil AG:5783-5 C/C:11805-2): R\$ _____

MOTIVAÇÃO PESSOAL PELA CAUSA DA PESSOA COM TEA / DEFICIÊNCIA: _____

PARTICIPA DE ALGUM GRUPO / ENTIDADE (NOME E TEMPO): _____

MARQUE x ATIVIDADES QUE PODE EXECUTAR PARA AUXILIAR NOS OBJETIVOS DA ASSOCIAÇÃO

Administrativa Técnica Transporte/Logística Consultoria/Assessoria Voluntária

DECLARAÇÃO:

Declaro para todos os fins, que são verdadeiras as informações fornecidas para o preenchimento deste cadastro.

Declaro também, ter conhecimento que todas as alterações que por ventura vierem a acontecer, serão de imediato encaminhadas ao PRO D TEA Pais e Responsáveis Organizados pelos Direitos das pessoas com Transtorno do Espectro Autista.

Local e Data: _____ Dia: ____ / ____ / ____.

Assinatura do Declarante: _____

DA ASSOCIAÇÃO

Data: ____ / ____ / ____

Conselho Fiscal/Administrativo/Diretoria

Diretor/Presidente

Carimbo

(Anexo documento e comprovante de residência)