

# FORMULARIO DE ASOCIACIÓN

ASOCIACION PARA LA DETECCION E INTERVENCION PRECOZ DE TRASTORNOS MENTALES Y DISOCIALES EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

**Imprima esta página.** Complete y firme el formulario de asociación y oportunidades de voluntariado. Una vez completado, envíelo por fax a (+34) 952 02 01 29, o por correo, adjuntando el comprobante de transferencia bancaria, a:

**CASA JOVEN – Asociación para la Detección e Intervención Precoz de Trastornos Mentales y Disociales en Niños y Adolescentes**  
**Avenida Pintor Joaquín Sorolla 16, 3B - Málaga 29016**

**Las transferencias deben ser realizadas a: Asociación para la Detección Precoz - Caja Granada Nro. 2031 0396 42 0115507402**  
(no olvide adjuntar el comprobante de pago al formulario cuando lo envíe por fax o por correo)

Alternativamente puede pagar con talón nominativo a la orden de la Asociación y enviarlo por correo junto al formulario. Su recibo le llegará por correo a la dirección que indique en el formulario.

**Categoría de Asociado** (marque lo que corresponda):

- |                                   |                                     |
|-----------------------------------|-------------------------------------|
| 1. Voluntario (gratis) _____ (*)  | 5. Docente €25 _____                |
| 2. General €10 _____              | 6. Profesional €25 _____            |
| 3. Estudiante €15 _____           | 7. Institución Educativa €120 _____ |
| 4. Familia € 20 _____             | 8. Corporativa €250 _____           |
| 9. Dorada (benefactor) €600 _____ |                                     |

Si está interesado/a en asociarse pero le es imposible pagar la cuota (sólo para categorías 2 a 6), complete igualmente el formulario indicando su categoría y marque esta casilla: **Me es imposible pagar en este momento:** \_\_\_\_\_

DATOS PERSONALES PARA LA ASOCIACION:

Nombre: \_\_\_\_\_

Empresa/Institución/Centro de Educación/Estudios que cursa (según categoría):  
\_\_\_\_\_

Calle, Número, Piso: \_\_\_\_\_

Ciudad, Provincia, Cod.Postal.: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

En caso de haber indicado la categoría 2 o 3, indique por favor su edad: \_\_\_\_\_

En caso de haber indicado la categoría 4, indique a continuación los nombres adicionales y sus vínculos familiares:

Nombre 2, vínculo: \_\_\_\_\_

Nombre 3, vínculo: \_\_\_\_\_

**Solicito mi asociación a Casa Joven, de acuerdo a la categoría seleccionada.**

**Lugar y Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

Si ha indicado la categoría 1 (voluntario), complete los datos de la página siguiente:.

**Voluntariado** (completar esta sección si se postula como voluntario)

**(\*)**: sujeto a aprobación de Casa Joven una vez realizada una entrevista personal. Completar áreas de voluntariado al pie del formulario.

**Siempre estamos en necesidad de incorporar voluntarios en Casa Joven. Si usted ha decidido asociarse en calidad de voluntario, indique por favor el área en que entiende que puede cooperar (puede indicar más de una casilla). A la brevedad nos pondremos en contacto con usted para una entrevista personal:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Recaudación de fondos    | <input type="checkbox"/> Prensa                       |
| <input type="checkbox"/> Difusión en colegios     | <input type="checkbox"/> Inmigración                  |
| <input type="checkbox"/> Obtención de asociados   | <input type="checkbox"/> Toma de tests psicológicos   |
| <input type="checkbox"/> Publicidad               | <input type="checkbox"/> Newsletter                   |
| <input type="checkbox"/> Asistencia técnica (web) | <input type="checkbox"/> Contenidos página Casa Joven |
| <input type="checkbox"/> Asistencia psicológica   | <input type="checkbox"/> Contactos con la comunidad   |
| <input type="checkbox"/> Administración           | <input type="checkbox"/> Otros: _____                 |
| <input type="checkbox"/> Realización de eventos   | <input type="checkbox"/> Otros: _____                 |