



Σύνδεσμος συγγενών και φίλων ατόμων με αυτισμό «Μαζί»

Αίτηση εγγραφής εθελοντή

Όνοματεπώνυμο: _____

Διεύθυνση οικίας: _____

Τηλ. οικίας : _____ Κινητό/α : _____

Ηλεκτρονική διεύθυνση: _____

Επάγγελμα : _____

Χώρος εργασίας : _____

Σχέση με τον Αυτισμό:

1. Γονιός Ναι Όχι Αν Ναι ηλικία παιδιού: _____

2. Επαγγελματίας Ναι Όχι Ειδικότητα: _____

Τομείς που μπορείς να βοηθήσεις / Ενδιαφέροντα:

Υπογραφή : _____

Ημερομηνία : _____

Υπογραφή Υπεύθυνου: _____ Ημερομηνία: _____