**בקשת הצטרפות כחבר/ה בעמותת אפי אספרגר ישראל**

אני הח"מ מבקש/ת להצטרף לעמותה .

I\_ I כבוגר עם התסמונת .

I\_ I כהורה / בן משפחה לאדם / צעיר/ה עם התסמונת.

שם פרטי :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ משפחה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם הבן/בת : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת לידה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

רחוב: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס':\_\_\_ עיר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מיקוד:\_\_\_\_\_\_\_

טל' בבית: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ טל' נייד: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

פקס: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

במקרה של הצטרפות כ-הורה / בן משפחה :

שם הצעיר/ה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנת לידה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 מסגרת לימודים נוכחית:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מקום מגורי הצעיר: בבית ההורים : \_\_\_\_ או במסגרת אחרת : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מבקש/ת להיות חבר/ה בעמותת ''אפי''.

ארצה להתנדב לעמותה / לסייע בתחום : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ידוע לי תקנון העמותה, והריני מתחייב/ת לקיים את הוראות התקנון, ואת החלטת מוסדות העמותה.. אני מסכים/מה לקבל דיוור /ניוזלטר של העמותה .

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

הפרטים שנמסרו הנם חסויים ולא ייעשה בהם שימוש ללא אישור וויתור סודיות, למעט לצורכי פעילות העמותה (מפגשים, פעילויות חברתיות וכיו''ב).

דמי החבר לשנה הם בסך 200₪. ניתן להעבירם בהמחאה לפי הכתובת הר''מ או להפקידם ישירות לחשבון העמותה, מס' 232257 בנק הפועלים (12) סניף 679. או ע"י משלוח המחאה בדואר. את ההמחאה יש לרשום לפקודת: עמותת אפי - אספרגר ישראל (ע.ר), או למסור את פרטי האשראי טלפונית למשרד העמותה.

את הטופס המלא יש לשלוח לכתובת: עמותת אפי, ת.ד.6757 ת" א, 61067. או במייל : pniot.effie@gmail.com