



CENTRO DE RECUPERAÇÃO INFANTIL DE PONTE DE SOR

## FICHA DE SÓCIO

NOME:

\_\_\_\_\_

MORADA:

\_\_\_\_\_

LOCALIDADE:

CÓDIGO POSTAL:

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO:

CONTACTO:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_

E-MAIL:

\_\_\_\_\_

VALOR DA QUOTA (Quota mínima 12€ anuais):

\_\_\_\_\_

Ponte de Sor, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

**O Requerente:**

\_\_\_\_\_

### A preencher pela Instituição

Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Sócio Nº \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_



Av. Manuel Pires Filipe, nº 14 A  
7400-223 Ponte de Sor



242 209 460



242 209 469



crips@crips.pt



www.crips.pt