

Solicitud de Asistencia:**Campaña de Sensibilización sobre la Enfermedad Hepática Infantil.****Datos del solicitante:**

Nombre: _____ Apellidos: _____

Provincia: _____ Localidad: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____ e-mail: _____

Datos del niño afectado:

Nombre: _____ Edad: _____ Curso: _____

Patología: _____ Trasplante: si no

Tipo de Donante: _____ Asociado: si no

Hermanos: _____ Edad: _____

Datos del Centro:

Nombre: _____ Persona de contacto: _____

Dirección: _____ Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ Móvil: _____ e-mail: _____

Relación con el Centro:

Charlas Solicitadas: Alumnos Profesorado Padres Otros

Etapa Educativa: Infantil Primaria Secundaria Bachillerato
Universidad FP Otros: _____

Número de cursos: _____ Número de Asistentes: _____