



ASOCIACION HONDUREÑA DE APOYO AL AUTISTA
APO-AUTIS

FICHA DE MATRICULA

CENTRO DE ATENCIÓN

MATRICULA 2025

No Jornada Matutina Vespertina

Nombre del Alumno (a)

Lugar y fecha de nacimiento

Dirección

Teléfono fijo Teléfono móvil

Institución de procedencia

Año de ingreso a APO-AUTIS Recibió evaluación

Tipos de atención;

Atención Grupal Atención Individual

Atención pre-vocacional Atención a Distancia

Terapia a domicilio Atención vocacional

Inclusión Escolar Educación físico y Deporte

Nombre de la Instituto, Escuela u otro centro donde está incluido

Nombre del padre

Dirección y Teléfono donde se puede localizar por emergencia:

Nombre de la madre

Dirección y Teléfono

Usa medicamentos

SI ☐

Cuales

NO ☐

Es alérgico a algún medicamento u otro alérgeno

SI ☐

A cuales

NO ☐

..

OBSERVACIONES

La Ceiba, Atlántida mes de _____ 2025

Entrevistador

Padre de familia