



## ASOCIACIÓN DE TERAPIA RECREATIVA DE PUERTO RICO

### SOLICITUD DE MEMBRESÍA

Nombre completo			
Ocupación actual		Lugar de trabajo	
Dirección postal			Número de Licencia de Terapia Recreativa
Número de teléfono		Email	

Indique a continuación sus grados académicos (completados o en curso) y la universidad de procedencia.

<input checked="" type="checkbox"/>	GRADO ACADÉMICO	CONCENTRACIÓN O ESPECIALIDAD	UNIVERSIDAD Y RECINTO	AÑO DE GRADUACIÓN (o indique si está en curso)
	BACHILLERATO			
	MAESTRÍA			
	DOCTORADO			
	CERTIFICADO PROFESIONAL			
	OTRO:			

CUOTA ANUAL	CATEGORÍA	DESCRIPCIÓN
\$50	<b>PROFESIONAL</b> (Requiere entregar copia de la Licencia de Terapia Recreativa o Certificación de Grado)	Persona licenciada en Terapia Recreativa por el Departamento de Recreación y Deportes o egresada de una institución acreditada y que ostenta un grado académico de bachillerato, maestría o doctorado en Terapia Recreativa, Recreación, Educación Física o Educación Física Adaptada. Tiene derecho a voz y voto en las asambleas. Puede optar a ser miembro de la Junta Directiva o dirigir algún comité de trabajo. Ej. Comité de Asamblea, Comité Educación Continua, Comité de Publicidad, etc.
\$25	<b>ESTUDIANTIL</b> (Requiere entregar copia del Programa de Clases)	Todo individuo que se encuentre estudiando en una institución acreditada algún grado relacionado a la Terapia Recreativa. Tendrá derecho a voz y voto en las asambleas. Solo podrá optar a ser vocal en la Junta Directiva o ser miembro de algún comité de trabajo.

Certifico que estoy solicitando la membresía de la Asociación de Terapia Recreativa de Puerto Rico (ATR-PR) bajo la <b>categoría:</b>				
Confirmando que toda la información que he proporcionado en este documento es correcta. Entiendo que, de encontrarse que la información provista es falsa o incorrecta, la ATR-PR podrá cancelar mi membresía o poner en pausa mis funciones en la organización hasta resolver la controversia. Me comprometo a cumplir y hacer cumplir las normas y principios recogidos en el Código de Ética y el Reglamento General de la ATR-PR.				
<i>día</i>	<i>mes</i>	<i>año</i>	<i>ciudad</i>	<i>país</i>
Firma del solicitante:				

Puede entregar esta solicitud en persona o enviarla al correo electrónico [terapiarecreativa@gmail.com](mailto:terapiarecreativa@gmail.com)

No escriba en el siguiente encasillado

Solicitud revisada por		Número de miembro	
------------------------	--	-------------------	--