

DATOS PERSONALES

Alumn@

NOMBRE:

1. Apellido:

2. Apellido:

Fecha de nacimiento:

Dirección:

e-mail:

Tlf:

Alergias o intolerancias:

Colegio:

MODO DE PAGO

Giro bancario

nº cuenta: ES

Titular:

DATOS PERSONALES

Tutor/Padre/Madre

NOMBRE:

Apellido:

Tlf.

e-mail:

NOMBRE:

Apellido:

Tlf.

e-mail:

¿Quieres recibir información relacionada con el taller en tu e-mail? Sí No

Inicio Septiembre Octubre

TALLER

Curso

Día:

Turno: