



INSCRIPCIÓN “MUSICOTERAPIA PARA FAMILIAS”

1. DATOS PERSONALES DEL ALUMNO/A MATRICULADO/A EN LA ESCUELA:

NOMBRE Y APELLIDOS: _____
TELÉFONO DE CONTACTO _____ ESPECIALIDAD: _____
E-MAIL: _____

2. DATOS DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA UNIDAD FAMILIAR

	NOMBRE	EDAD
PADRE:		
MADRE:		
HIJOS:		

3. INDIQUE A CONTINUACIÓN SU ORDEN DE PREFERENCIA HORARIA DE ENTRE TODOS LOS HORARIOS PROPUESTOS A CONTINUACIÓN PARA LOS ENCUENTROS QUINCENALES:

- Sábados por la mañana de 10:00 a 12:00 h.
- Sábados por la mañana de 11:00 a 13:00 h.
- Sábados por la mañana de 12:00 a 14:00 h.
- Miércoles por la tarde de 18:00 a 20:00 h.

En Espartinas, a _____ de _____ de 20__

FIRMA DEL ALUMNO/A

FIRMA Y SELLO DE LA ESCUELA