

FICHA DE INSCRIPCIÓN



DATOS PERSONALES

Apellidos: _____

Nombre: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

NIF /NIE: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Provincia: _____

Código Postal: _____ Teléfono de contacto:

Correo electrónico: _____

INFORMACIÓN ACADÉMICA

Estudios completados:

Formación artística específica:

Idiomas: _____

Profesión: _____

Horario preferente: Mañana Tarde

Centro de Formación Arte y Salud

C/ Joaquín María López, 10. Madrid 28015. Tel: 91 554 06 70.

arteysaludmadrid@gmail.com

Visita nuestra página:

www.arteysaludmadrid.com

