



CURSO : _____

NOMBRE: _____ APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ DNI: _____

DOMOCILIO: _____ Nº _____

PISO: _____ LOCALIDAD: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELEFONO: _____ MOVIL: _____

E-MAIL: _____

Autorizo a recibir información relacionada con la actividad SI NO

DATOS MEDICOS:

A) Alergias

B) ¿sigues algún tipo de medicamento o tratamiento medico especial?

C) Existe algún tipo de actividad que no pueda realizar?

D) Otras observaciones que desea realizar

FORMA DE PAGO:

1 EN METALICO LA PRIMERA SEMANA DEL MES

2 POR TRASFERENCIA : ES31 1491 0001 2721 6121 8520 TRIODOS

Concepto :taller circo cole , mes y el nombre completo