

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

NÚM¹

NOMBRE:

APELLIDOS:

DIRECCIÓN:

C.P.: LOCALIDAD:

TELÉFONO: MÓVIL:

E-MAIL:

¿Tienes intención de acudir al curso con tus hijos/hijas pequeños/as? Si No

¿Cuántos son? ¿De qué edades?.....

INDICA CLARAMENTE POR QUÉ TE INTERESA EL CURSO

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Al firmar esta solicitud de inscripción, debido a la limitación en el número de plazas y para el correcto aprovechamiento de los contenidos del curso, ME COMPROMETO A ASISTIR A LA TOTALIDAD DEL MISMO (12 horas).

FIRMA:

DNI/NAN:

Una vez cumplimentado enviar por correo electrónico a cursolactancia@izanleike.com
Las solicitudes se aceptarán según orden de inscripción.

¹ A rellenar por IZAN LEIKE ELKARTEA