

Ficha del Alumno

Nombre: _____

Apellidos: _____

NIF: _____

Sexo: H M

Fecha de Nacimiento: _____ Discapacidad: Sí No

Domicilio: _____ Localidad: _____

Provincia: _____ CP: _____ Teléfono: _____

E-mail: _____

Forma de pago:

- Transferencia Bancaria o ingreso en cuenta:

CTEIF

IBAN ES48 0049 5321 18 2416892266 Santander Central Hispano.

Ó

CONCEPCIÓN GARCÍA VALLE

IBAN ES78 2100 6656 28 2200430004 La Caixa (antigua Cajacanarias)

Datos del Curso

Nombre del Curso: **ALÉRGENOS**

Coste: **50€**

Horario del curso y días: **16 Y 23 DE JUNIO DE 09:00 A 14:00 HORAS**

Lugar: **AULA DEL PABELLÓN DE DEPORTES DE BREÑA ALTA**

DATOS PROTEGIDO POR Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de Datos de
Carácter Personal