



## CURSO 2024-2025

INSCRIPCION N°.....

Nombre	Apellidos
Edad	Responsable/Padre-Madre-Tutor
Teléfono Contacto	Especialidad- es
Horario	Fecha Inicio
<p>Preferencia de Abono <span style="float: right;">Mensualidades : (1ª Semana mes corriente )</span></p> <p style="text-align: center;">Domiciliación bancaria <input type="checkbox"/></p>	

Fecha de inscripción.....

Firmado por parte del Alumno-a



Rellenar y firmar. ENVIAR por estos medios

Whatsapp Tel: **617595529**  ó correo-e a [aulademusicaposada@hotmail.com](mailto:aulademusicaposada@hotmail.com)