## Aplicación Artes. ESCUELA DE TEATRO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Solicitante** | nombre | | D.N.I | |
| | 1 apellido | | 2 Apellido | |
| | Edad | | F.Nacimiento | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Representante legal** | Nombre | | D.N.I | |
| | 1 Apellido | | 2apellido | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Domicilio** | Tipo de vía | | Dirección | | | |
| | Municipio | | Provincia | | Cod.Postal | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Teléfonos** | | e-mail | |

Preferencias de contacto ordene 1ª,2ª y 3ª

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Teléfono** | | **Whatsapp** | | **e-mail** | |

## ESCUELA DE TEATRO

**Marcar el horario y grupo elegido**

| | grupos | horarios | precio |
|---|---|---|---|
| | **PROYECTO TAC ADULTOS(talleres montaje y colaboraciones)** | **MIÉRCOLES 18:30 a 21:15 (alumnos adultos de cursos anteriores inscritos)** | |
| | **TEATRO INFANTIL A** | **JUEVES 16:30 a 17:30 (3º Infantil-3º primaria)** | **18 e/mes** |
| | **TEATRO ADULTOS** | **JUEVES 18:30 a 21:15(mayores 18 años))** | **30 e/mes** |
| | **TEATRO INFANTIL B** | **VIERNES 16:00 A 17:30(4º,5º,6º primaria)** | **20 e/mes** |
| | **TEATRO JOVEN** | **VIERNES 17:30 a 19:00(E.S.O,Bachillerato)** | **22 e/mes** |

Número de cuenta del interesado para el cargo del recibo mensual

**IBAN** **ENTIDAD** **SUCURSAL** **D.C.** **Nº DE CUENTA**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

En Cabanillas del Campo a…….. de……de…….

Fdo.

**INFORMACIÓN CASA DE CULTURA Tlf: 949 33 77 25 Tlf Teatro: 675 637 907 escuelateatro@aytocabanillas.com**