



**ESCUELA DE ARTE**

<b>Solicitante</b>	Nombre		D.N.I	
	1 Apellido		2 Apellido	
	Edad		Curso escolar	

<b>Representante legal</b>	Nombre		D.N.I	
	1 Apellido		2 Apellido	

<b>Domicilio</b>	Tipo de vía		Dirección	
	Municipio		Provincia	Cód. Postal

<b>Teléfonos</b>		e-mail	
------------------	--	--------	--

**Marcar el horario y grupo elegido**

Grupos	Horarios	precio
TALLER DE INICIO 3º EINFANTIL HASTA 3º PRIM	16:30 A 18:00 H G1: MARTES, G2: MIERCOLES	20€/mes
TALLER CREATIVO 4º A 6º DE PRIMARIA	16:30 A 18:00 H G1 LUNES, G2: JUEVES	20€/mes
GRUPO JOVEN	16:00 a 18.00 o 17:00 a 19:00h VIERNES	25€/mes
ADULTOS	G1 MARTES Y JUEVES, 12:00 A 14:00 H G2: MARTES Y JUEVES 18:15 A 20:15 H	30€/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.



Financia Ayuntamiento de Cabanillas del Campo

INFORMACIÓN WhatsApp: 649 96 87 54

CASA DE CULTURA Telf.: 949 33 77 25

[escueladeartearterenace@gmail.com](mailto:escueladeartearterenace@gmail.com)