

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	
------------------	--	--------	--

ESCUELA DE TEATRO

Marcar el horario y grupo elegido

grupos	horarios	precio
TEATRO INFANTIL G2*	LUNES 16:00 a 17:30	22 e/mes
PROYECTO TAC ADULTOS	MIÉRCOLES 19:00 a 21:15	
JOVEN G 2*	MIÉRCOLES 17:30 a 19:00	22 e/mes
TEATRO INFANTIL A	JUEVES 16:30 a 17:30	20 e/mes
TEATRO ADULTOS	JUEVES 18:30 a 21:15	30 e/mes
TEATRO INFANTIL B	VIERNES 16:00 A 17:30	22 e/mes
TEATRO JOVEN	VIERNES 17:30 a 19:00	25 e/mes

**Los grupos con asterisco se habilitarán en caso de cubrirse todas las plazas en los grupos Inf B y Joven del Viernes

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



Organiza Asociación ArteRenace

INFORMACIÓN CASA DE CULTURA Tif: 949 33 77 25 Tif Teatro: 675 637 907 esteatrocc@gmail.com