ESCUEL DE TEATRO JOVEN 15/16

Yo, **Dña/D** .....,
con **D.N.I.**....., madre/padre de .....
.....con **D.N.I.** ..... ,
autorizo a que mi hij@, asista a:

Fdo.

ALICANTE, a de de 20

CIJ CENTRO 14
C/ LAB RADORES, 14 1ª Planta. 03002 ALICANTE.
Tlf. 965 14 96 62 / 63 - 965 14 91 64
centro14@alicante-ayto.es
www.centro14.com