

PREINSCRIPCIÓN PROYECTO NEUROREDES

Nombre y apellidos			
Discapacidad (aportar Informe Médico sólo alumnado que no participó en la anterior convocatoria)			
Dirección			
Teléfono		D.N.I.	
Correo electrónico		Año de nacimient o	

SOLICITA:

Ser admitido/a en el proyecto

- PROYECTO NEUROREDES** (Estimulación Neuronal a través de la Música), 30 horas lectivas.

Fecha	Firma
-------	-------

