

PREINSCRIPCIÓN PROYECTO NEUROREDES 2025- 2026

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

SOLICITA: Ser admitido/a en el proyecto

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

Fecha.....	Firma
Fdo.....	