



CAMPIONAT AUTONÒMIC SKILLS 2014

Formulari d'inscripció

<i>SKILL</i> en el qual participa:

Nom del centre:		
Adreça:	Població:	CP
Telèfon:	Fax:	A/e:

Llinatges i nom de l'alumne:		
Adreça particular:	Població:	CP:
Lloc i data de naixement:	NIF:	
Adreça electrònica:	Telèfon mòbil:	Telèfon fix:
Cicle formatiu en què està matriculat:		

Llinatges i nom del professor que prepara l'alumne:	NIF:	
Adreça particular:	Població:	CP:
Adreça electrònica:	Telèfon mòbil:	Telèfon fix:
Especialitat:		

Documents que s'hi han d'adjuntar:

Certificat expedit pel director o secretari del centre en què s'indiqui el cicle formatiu al qual està matriculat el curs acadèmic 2014-2015

Fotocòpia del DNI de l'alumne, o document equivalent

Fotocòpia del DNI del professor.

L'alumne

Signatura del professor tutor

(Signatura)

(Signatura)

Vist i plau del director del centre

(Signatura)

Palma, ____ de _____ de 2014

Cal trametre el document a l'a/e: fmestevafiguerola@dgoifp.caib.es

