

## INTERCAMBIO DE EXPERIENCIAS

¿HAS ESTADO INSCRITO EN ALGUNA ACTIVIDAD ANTERIORMENTE?  Sí  No

DATOS PERSONALES			
Nombre:	Apellidos:		
Fecha de Nacimiento:	Lugar de nacimiento:		
DNI/NIE:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre	<input type="checkbox"/> Mujer	
Estudios/Profesión:	Padre/Madre/Hijo/Hija, etc.:		
DATOS DE CONTACTO			
Dirección:	Nº:	Piso/Letra:	
Localidad:	Barrio:		
Correo Electrónico:	C.P.:		
Teléfonos/ Móvil:			
INFORMACION DE INTERES			
¿Cómo has conocido la actividad?			
Facebook <input type="checkbox"/> WhatsApp <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Otros: _____			
¿Qué otras actividades te gustaría que se realizaran?			

En \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2018

Firma: