

## FORMACIÓN CONTINUADA

**Curso:**

Coordinado por el grupo de formadores de la AEC Psicomotricidad (ASEFOP)

### FICHA DE INSCRIPCIÓN

**Fecha:**

#### Datos personales:

Primer apellido

Segundo apellido

Nombre

DNI

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Dirección

Población

Código Postal

Teléfono

E-mail

Móvil

#### Datos profesionales:

Centro de trabajo:

Actividad profesional

#### Datos académicos:

Estudios profesionales

Formación en psicomotricidad

#### Otros datos:

Expectativas en relación al programa

Puntos fuertes y puntos débiles propios de interés formativo

Momento actual de vuestro recorrido profesional

Comentarios y observaciones

**FORMACIÓN CONTINUADA COMPLETA**

**FORMACIÓN CONTINUADA MODUL Nº**

**SUPERVISIÓN CON \_\_\_\_\_**

Marcad si haceis ingreso de 400 € por preinscripción al nº de cuenta  
“ “ “ de 250€ por la Supervisión “ de “



La CAIXA nº ES47 21001007150200084284