



CAMPUS DE TECNIFICACIÓN BOLETÍN DE INSCRIPCIÓN



CENTRO PARTICIPANTE:

DIRECCIÓN: C.P:

TELÉFONO: FAX:

RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD*: D.N.I*:
Nombre y Apellidos

DIRECCIÓN: TLFNO:

LOCALIDAD: C.P

CORREO ELECTRÓNICO*:

SOLICITA:

PARTICIPAR EN EL "PROGRAMA DE CAMPUS DE TECNIFICACIÓN",
ORGANIZADOS POR LA DIPUTACIÓN DE VALLADOLID.

"PROGRAMA DE CAMPUS DE TECNIFICACIÓN"	
MODALIDAD DEPORTIVA	<input type="text"/>
FECHAS	<input type="text"/>

En....., ade.....de 2021

Fecha tope de inscripción: **29 de Octubre de 2021**

* Es obligatorio la firma y sello del Centro participante.

Firma y Sello

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA DIPUTACIÓN PROVINCIAL DE VALLADOLID