



PIANO COMPLEMENTARIO CURSO 20 -20

Apellidos	Nombre
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Teléfono de contacto 1	Teléfono de contacto 2
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Actualmente matriculado en:

Especialidad <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Curso 1°	<input type="checkbox"/> Curso 4°
Profesor especialidad <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Curso 2°	<input type="checkbox"/> Curso 5°
	<input type="checkbox"/> Curso 3°	<input type="checkbox"/> Curso 6°

Profesor de piano complementario del curso anterior (en caso de que hubiera tenido dicha asignatura)	<input type="text"/>
---	----------------------

PREFERENCIA HORARIA

MAÑANA (9:00-13:00)	<input type="text"/>
TARDE (13:00-16:00)	<input type="text"/>
NOCHE (16:00-22:00)	<input type="text"/>

PREFERENCIA DE DÍAS

LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

OBSERVACIONES

En _____, a ____ de _____ de 20__

Firma del alumno