MINISTERIO
DE EDUCACIÓN, FORMACIÓN PROFESIONAL
Y DEPORTES

FICHA SOLICITUD DE CURSO/EXAMEN

DON									
DNI			FECHA NACIMIENTO						
TEL. FIJO.				TEL. MOVIL					
DIRECCION E-MAIL									
DIRECCION									
Nº		ESC		PORTAL		PISO		C.P.	
LOCALIDAD				PROVINCIA					

SOLICITA EL CURSO/EXAMEN DE:
TITULACIONES QUE POSEE EN LA DISCIPLINA (MAXIMAS)
TIENE LICENCIA EN VIGOR DE LA FEDERACION ESPAÑOLA DE LUCHA

SI		NO		EN CASO DE TENER LICENCIA Nº			

EN		A		DE		

Firma: