



INCA HEALING SCHOOL

## FICHA DE INSCRIPCIÓN

Número: \_\_\_\_\_

Nivel: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Núm.: \_\_\_\_\_ Interior: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Tel. fijo: \_\_\_\_\_ Tel. Móvil: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Otras formaciones en Terapias Complementarias:

- \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Nivel: \_\_\_\_\_

Desea formar parte de la escuela abierta Inca Healing School y recibir noticias y/o actualizacines:

SI ( ) NO ( ) Necesito más Info ( )

Firma conforme y fecha de hoy: