

FOTO

Scheda di iscrizione al Corso di Formazione Roma 7
Application Form for the Professional Training Program Roma 7

COGNOME / SURNAME _____

NOME / NAME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA' / DATE AND PLACE OF BIRTH _____

INDIRIZZO / ADDRESS _____

C.A.P. CITTA' / CITY _____

STATO / STATE _____

TELEFONO / TELEPHONE _____

E – MAIL _____

PROFESSIONE / PROFESSION _____

STUDI SVOLTI / PREVIOUS STUDIES ccccccccc _____

ESPERIENZE CON IL METODO FELDENKRAIS / EXPERIENCE WITH FELDENKRAIS METHOD

CON CHI / WITH WHO ccccccccc _____

STATO DI SALUTE / PHYSICAL CONDITION ccccccccc _____

MOTIVAZIONI PER SEGUIRE LA FORMAZIONE / MOTIVATION FOR FOLLOWING THE COURSE

DATA / DATE _____ FIRMA / SIGNATURE _____