**FULL DE SOL·LICITUD DE**

**SESSIONS DE TAST**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DEL CENTRE |  |
| ADREÇA I CODI POSTAL |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DEL RESPONSABLE |  |
| TELÈFON / ADREÇA ELECTRÒNICA |  |

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE D’ALUMNES |  |
| EDAT DELS ALUMNES (CURS) |  |
| ACTIVITATS A REALITZAR |  |
| DATA |  |
| HORARI ( CADA SESSIÓ SÓN 75 min.) |  |

Enviar aquest full omplert amb totes les dades a promo@elconsell.cat