

SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE MATRÍCULA

D./D^a _____ con DNI _____,
con domicilio en C/ _____,
de _____, Provincia de _____,
Codigo Postal _____ Telfnos. _____.

En calidad de:

Alumno/a

Padre/Madre/Tutor legal del alumno/a _____

E X P O N E :

Que encontrándose matriculado/a en el curso _____ de las Enseñanzas _____,
en la especialidad de _____ con el tutor _____.

S O L I C I T A :

AMPLIACIÓN DE MATRÍCULA al curso _____ de las Enseñanzas _____,
en la especialidad de _____.

Segovia, _____ de _____ de _____

Fdo.: _____
(Firma del padre, madre, tutor legal o del propio alumno si es mayor de edad)

SR. DIRECTOR DEL CONSERVATORIO PROFESIONAL DE MÚSICA DE SEGOVIA