



**HOJA DE INSCRIPCIÓN PARA TALLERES DE  
EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

**NOMBRE:**

**APELLIDOS:**

**DIRECCIÓN:**

**TELÉFONO:**

**CORREO ELECTRÓNICO:**

**EDAD:**

**TIENE HIJOS ESCOLARIZADOS:**

**CENTRO DE ESCOLARIZACIÓN DE SUS HIJOS:**

**Entrega en Servicios Sociales Comunitarios (C/ Santa María 5) o  
en el Ampa de su Centro Educativo.**