

Solicitud de cambio de grupo

Apellidos e nome do alumno/a:

DNI: Data de Nacemento:

Pai/nai, titor/a legal (menores de idade):

Enderezo:

Teléfono: Correo-e:

Especialidade: Curso:

Materia/s na que solicita cambio de grupo:

Grupo no que está asignado	Grupo que solicita
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Motivo:

Documentación que achega:

Santiago de Compostela, de de 20

O/A interesado/a

SR. DIRECTOR DO CONSERVATORIO PROFESIONAL DE MÚSICA DE SANTIAGO DE COMPOSTELA