

**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| NOMBRE COMPLETO  |  |
| FECHA DE NACIMIENTO  |  |
| EDAD  |  |
| NACIONALIDAD  |  |
| DIRECCIÓN  |  |
| NO. TELEFONO  |  |
| E-MAIL  |  |
| NIVEL ACADEMICO  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| TIEMPO DE PRACTICAR POLE |  |
| TIEMPO DE DAR CLASES  |  |
| ESTUDIOS DONDE IMPARTE  |  |
| TIPO DE CLASES QUE IMPARTE  |  |
| CERTIFICACIONES O CURSOS PREVIOS  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| CERTIFICIACION A LA QUE SE INSCRIBE |  |
| FECHA DEL CURSO |  |
| ¿PORQUE QUIERES CERTIFICARTE? |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA