

CPM SABIÑÁNIGO

SOLICITUD DE CAMBIO DE PARTICIPAR EN EL CUPO DE RESERVA DE ASPIRANTES CON DISCAPACIDAD PARA LAS PRUEBAS DE ACCESO PARA EL CURSO 2026/2027.

Rellenar en caso de alumnado mayor de edad	
D. /D ^a .	con DNI: :
Teléfono de contacto:	Correo electrónico:
Rellenar en caso de alumnado menor de edad	
D.	con DNI:
En calidad de padre/madre/tutor de la menor/del menor	
Nombre y apellidos:	
Teléfono de contacto:	Correo electrónico:

SOLICITO participar en el cupo de reserva de aspirantes con discapacidad para las pruebas de acceso al CPM Sabiñánigo para el próximo curso 2026/2027.

- Adjunto documentación acreditativa
- Adjunto ANEXO cumplimentado de Solicitud de Inscripción al curso _____ de las Enseñanzas _____ de Música.

Especificar las adaptaciones que se precisan en el transcurso de las pruebas a continuación

ADAPTACIONES NECESARIAS

--

En _____, a _____ de _____ de 202

Firmado:

A/A SRA. DIRECTORA DEL CPM SABIÑÁNIGO