



Associazione per la Diffusione del Metodo Feldenkrais®
Via I. Ribotti, 19 - 00149 - Roma

Scheda di iscrizione
al Corso di Formazione Roma 5
Application Form for the
Professional Training Program Roma 5

COGNOME/SURNAME _____

NOME/NAME _____

LUOGO E DATA DI NASCITA/DATE AND PLACE OF BIRTH _____

INDIRIZZO/ADDRESS - C.A.P./ZIP CODE _____

CITTÀ/CITY _____

STATO/STATE _____

TELEFONO/TELEPHONE _____

FAX _____

EMAIL _____

PROFESSIONE/PROFESSION _____

STUDI SVOLTI/PREVIOUS STUDY _____

ESPERIENZE CON IL METODO FELDENKRAIS/EXPERIENCE WITH FELDENKRAIS METHOD

CON CHI/WITH WHO _____

STATO DI SALUTE/PHISICAL CONDICTION _____

MOTIVAZIONI PER SEGUIRE LA FORMAZIONE/MOTIVATION FOR FOLLOWING THE COURSE

DATA/DATE

FIRMA/SIGNATURE
