

## SCHEDA DI ISCRIZIONE / APPLICATION FORM

**COGNOME**

surname

**NOME**

name

**DATA E LUOGO DI NASCITA**

date and place of birth

**INDIRIZZO**

address

**CAP**

zip code

**CITTA'**

city

**STATO**

state

**TELEFONO**

telephone

**FAX****E-MAIL****PROFESSIONE**

profession

**TITOLO DI STUDIO**

degree

**ESPERIENZE CON METODO FELDENKRAIS**

experience with Feldenkrais Method

**CON CHI**

with whom

**MOTIVAZIONI DI INTERESSE ALLA FORMAZIONE**

motivation for following the Training

**FIRMA**

sign

**DATA**

date

For further details please contact Mara Fusero to:

Centro Feldenkrais

Via Pecchio 8  
20131 Milano  
Tel./Fax 02 29409005

Centro Feldenkrais

Cà Poggio 17  
15049 Vignale M.to (AL)  
Tel./Fax 0142 933491

Cell. 335 8205490  
339 7171937