



FAX	Número Remitente:
REMITE	
DESTINATARIO	Servicio de Innovación Educativa Fax: 983 31 77 64
ASUNTO: CONFIRMACIÓN ASISTENCIA AUDICIÓN EN EL CCMD DE VALLADOLID	
(Provincia) _____, ____ de _____ de 2012	
D. _____ como director/a o secretario/a del Centro _____ de _____ Provincia _____, confirma la asistencia al espectáculo musical _____ que se celebrará en el auditorio del Centro Cultural Miguel Delibes de Valladolid el día ____ de _____ de 2012 a la sesión de las _____ horas y adjunta la copia del ingreso bancario realizado al número de cc: 2104 / 0109 / 41 / 9118329990 DE CAJA DUERO, indicando nombre de centro, día y sesión.	
DATOS DEL CENTRO:	
- NÚMERO DE ALUMNOS: _____	
- Nº DE PROFESORES/AS RESPONSABLES DEL GRUPO: _____	
- TOTAL NÚMERO DE PERSONAS: _____	
- EMAIL DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL CENTRO: _____@_____. _____	
Fdo: El Director/a o el secretario/a del centro	