



CLASE
SIN HUMO

FORMULARIO DE
INSCRIPCIÓN DEL CENTRO
CURSO 2009-10

¡Participa!

Centro:	
Dirección:	
Localidad y provincia	Código Postal
	Teléfono
Correo electrónico del centro (si dispone)	Fax
Responsable del programa "CLASE SIN HUMO":	
Cargo en el centro:	
Correo electrónico:	

RELACIÓN DE CLASES PARTICIPANTES

Clase	Nº de alumnos	Tutor de contacto	Tlfno. / Correo electrónico

(continúa...)

RELACIÓN DE CLASES PARTICIPANTES

Clase	Nº de alumnos	Tutor de contacto	Tlfno. / Correo electrónico

En, a de de

Remitir esta solicitud, antes del 31 de Octubre de 2009, al responsable de la presentación de "Clase sin humo" en el centro escolar o a la dirección:

**Sociedad Castellano-Manchega
de Medicina de Familia y Comunitaria**

c/ Dionisio Guardiola nº 16 4º-D
02003 Albacete
Telf. y Fax 967507911
info@scamfyc.org



Castilla-La Mancha

*Ponle color a tu vida,
elimina el humo*

