

Ficha de Inscrição para cursos de Extensão e Pós-Graduação

ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOMOTRICIDADE

**Eu..... abaixo assinado,
solicito matrícula no curso de Especialização em Psicomotricidade certificado pelas Faculdades
Integradas Potencial em parceria com o Núcleo de Formação Irene Maluf.**

Nome: _____

E-mail: _____

CPF: _____ **RG:** _____

Telefone () _____ **WhatsApp ()** _____

Endereço Completo: _____

Nº _____ **Bairro:** _____ **Cidade:** _____

CEP: _____ **Estado:** _____

Data:/..../ 202..

Assinatura do aluno: