

**ANULACIÓN DE MATRÍCULA  
ESCUELA MUNICIPAL DE MÚSICA "DIEGO DE SALAZAR"  
ESTEPA**



**SOLICITUD**

1. DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE			
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRE	
DNI/NIE	FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO/S	
DOMICILIO			LOCALIDAD
PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO	
NOMBRE DEL PADRE O TUTOR LEGAL (sólo alumnos/as menores de edad)			DNI/NIE
NOMBRE DE LA MADRE O TUTORA LEGAL (sólo alumnos/as menores de edad)			DNI/NIE

**2. SOLICITA**

El abajo firmante solicita anulación de matrícula para el curso \_\_\_\_/\_\_\_\_  
de la especialidad de \_\_\_\_\_

En ESTEPA, a      de                      de 201  
EL PADRE/MADRE, TUTOR/A LEGAL O, EN SU CASO,  
EL/LA SOLICITANTE

Fdo:

\*Las solicitudes que afecten a alumnos/as menores de edad deberán ser firmadas por sus padres o representantes legales