



### **X. CURSO DE ESPECIALISTA EN DISCAPACIDAD INFANTIL. DIAGNÓSTICO Y REHABILITACIÓN**

---

#### Información del miembro

**Nombre** **Apellidos**

**Dirección**

**Ciudad** **Cp** **Provincia**

**Teléfono** **Email**

**Especialidad**  
**Médica**

---

#### Hospital o Centro de Trabajo

**Nombre**

**Dirección**

**Ciudad** **Cp** **Provincia**

**Teléfono**

---

**Fecha de Preinscripción**