



| QUESTIONARIO DI CANDIDATURA ALLA | | Data di richiesta | |
|--|--|-------------------|--|
| <input type="checkbox"/> SCUOLA DI MAGIA <input type="checkbox"/> SOCIO ASSOCIAZIONE | | | |
| NOME COMPLETO ALLIEVO / SOCIO (come riportato sulla carta d'identità) | | | |
| LUOGO E DATA DI NASCITA | | ETÀ | |
| INDIRIZZO DI RESIDENZA (VIA, NUMERO CIVICO E CITTA') | | | |
| INDIRIZZO DI DOMICILIO (da indicare se diverso dalla residenza) | | | |
| NUMERI DI TELEFONO | | | |
| INDIRIZZO EMAIL | | | |
| HAI QUALCHE ABILITA' O TALENTO IN MAGIA – TEATRO ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> QUALI ? | | | |
| COME SEI VENUTO A CONOSCENZA DELLA NOSTRA ASSOCIAZIONE O SCUOLA ? <input type="checkbox"/> SOCIAL <input type="checkbox"/> CONOSCENZA DIRETTA <input type="checkbox"/> STREET MAGIC <input type="checkbox"/> TELEVISIONE <input type="checkbox"/> TEATRO <input type="checkbox"/> FESTE PRIVATE <input type="checkbox"/> ALTRO _____ | | | |
| HAI ACCESSO AI TUTORIAL PER QUANTO CONCERNE LA MAGIA ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| QUALE' IL TUO IDOLO ? | | | |
| HAI VINTO GARE O CONCORSI? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| SE SI' QUALI? | | | |
| QUALI SONO I TUOI HOBBY? | | | |
| SEI STATO GIA' ISCRITTO A QUALCHE CLUB O ASSOCIAZIONE DI MAGIA ? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | |
| SE SI' QUALE ? | | | |
| Inviaci il QUESTIONARIO ILTEMPIODELLAMAGIA@GMAIL.COM , o CONSEGNALO A MANO La Direzione didattica ti chiamerà per un CASTING presso la nostra sede Via Teramo 65 " ingresso da Via de Gasperi " Pescara | | | |