



**1ª Mostra de Capacitats de Dones Afectades de Paràlisi Cerebral  
i Dones Cuidadores**

Nom i cognoms:

Adreça:

Població:

Codi postal:

Telèfon:

Altre telèfon:

E-mail:

Data de naixement:

Estudis/activitat:

Títol obra:

Itinerari, descripció, objectius de l'obra:

Currículum de l'autora:

Lloc, data:

Signatura:

\* La presentació a la mostra implica l'acceptació d'aquestes bases i la possible modificació de les mateixes.