

Audizioni per l'a.a. 2015-2016
25 – 26 – 27 Settembre 2015

MINORENNI

www.thevocalacademy.it



The Vocal Academy

IL SOTTOSCRITTO:

COGNOME* _____ NOME* _____

LUOGO, DATA DI NASCITA* _____

ETA'* _____ DOVE ABITI? * _____

TITOLO DI STUDIO* _____ PROFESSIONE* _____

E-MAIL* _____ CELLULARE* _____

GENITORE O TUTORE DI

COGNOME* _____ NOME* _____

LUOGO, DATA DI NASCITA* _____

ETA'* _____ DOVE ABITI? * _____

TITOLO DI STUDIO* _____ PROFESSIONE* _____

E-MAIL* _____ CELLULARE* _____

AUTORIZZA IL PROPRIO FIGLIO/A A PARTECIPARE ALLE AUDIZIONI DELLA "THE VOCAL ACADEMY", DICHIARA DI AVER LETTO IN OGNI SUA PARTE E DI ACCETTARE IL REGOLAMENTO DELLE AUDIZIONI.

QUESTIONARIO PER IL CANDIDATO:

CON QUALI BRANI HAI SCELTO DI PRESENTARTI ALLE NOSTRE AUDIZIONI? *

1. _____ di _____

2. _____ di _____

A QUALE DEI NOSTRI CORSI SEI INTERESSATO?*

CANTO

MUSICAL

OPEN

QUALI SONO I TUOI CANTANTI PREFERITI?*

QUALI SONO I GENERI MUSICALI CHE PREFERISCI?*

COME NASCE LA TUA PASSIONE PER IL CANTO?*

HAI GIA' ESPERIENZE NELL'AMBITO MUSICALE? SUONI QUALCHE STRUMENTO? RACCONTACI DI TE *

SCEGLI IL GIORNO CHE PREFERISCI PER PARTECIPARE ALLE AUDIZIONI!*

Ven. 25 Settembre Sab. 26 Settembre Dom. 27 Settembre

DATA E LUOGO

FIRMA

* da compilare obbligatoriamente