



ENGLISH TRANSIT S.L.

CIF: B729350034

Agencia de viajes

info@englishtransit.com

www.englishtransit.com

FORMULARIO INSCRIPCIÓN CURSOS DE VERANO

FOTO

PROGRAMA _____

FECHA DE INICIO _____ FECHA FIN _____ SEMANAS _____

RESIDENCIA ☐ FAMILIA ACOGIDA ☐ CLASES Yes ☐ No ☐

1 INFORMACIÓN ESTUDIANTE

NOMBRE _____

DIRECCIÓN _____ C.POSTAL _____

CIUDAD _____ PAÍS _____

TEL. DOMICILIO _____ MÓVIL ESTUDIANTE _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ NACIONALIDAD _____

E-MAIL _____ DNI _____

NÚMERO PASAPORTE _____ FECHA EXPEDICIÓN _____ FECHA CADUCIDAD _____

NOMBRE COLEGIO _____

¿CÓMO/DÓNDE NOS HAS CONOCIDO? _____

2. INFORMACIÓN FAMILIAR

PADRE:

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

NIF _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD/PAÍS _____

E-MAIL _____

TEL.MÓVIL _____

TEL.TRABAJO _____

TELÉFONO EMERGENCIAS 24H _____

FACTURA A NOMBRE DE: PADRE ☐ MADRE ☐ otros* ☐

*detallar datos fiscales: _____

MADRE:

NOMBRE _____

APELLIDOS _____

NIF _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD/PAÍS _____

E-MAIL _____

TEL.MÓVIL _____

TEL.TRABAJO _____

3. INFORMACIÓN PERSONAL

¿Tiene su hijo alguna alergia? Si ☐ No ☐ Especificar y adjuntar certificado médico _____

¿Toma su hijo alguna medicación? Si ☐ No ☐ Especificar y adjuntar certificado médico _____

¿Cómo actuar en caso de reacción alérgica? _____

¿Requiere su hijo alguna dieta especial? Si ☐ No ☐ Especificar _____

Por favor explique con detalle alguna petición especial en cuanto a dieta, salud, alergias, etc... _____

¿Tiene su hijo alguna discapacidad física o psicológica?? Especificar y adjuntar certificado médico _____

¿Cuál es el nivel de inglés de su hijo?

Beginner ☐ Elementary ☐ Pre Intermediate ☐ Intermediate ☐
Upper Intermediate ☐ Advanced ☐

4. Intereses personales

☐ Tennis/Paddle

☐ Swimming

☐ Basket

☐ Soccer

☐ Photography

☐ Sailing

☐ Golf

☐ Garden

☐ Gym

☐ Dance

☐ Skate

☐ Bike

☐ Books

☐ Computers

☐ Sea/beach

☐ Sky

☐ Mountain

☐ Children

☐ Art

☐ Travel

☐ Horses

☐ Dogs

☐ Cats

☐ Walking

☐ Movies

☐ TV

☐ Play music

☐ Music

☐ Playstation/Wii

☐ Others:

5. CONSENTIMIENTO PATERNO

Sr/Sra _____ con DNI nº _____, como padre, madre o tutor legal de _____, AUTORIZO a mi hijo/a para desplazarse al extranjero, con el fin de asistir a los cursos organizados por ENGLISH TRANSIT S.L, otorgando al Director y Tutores acompañantes mis prerrogativas paternas con respecto a mi hijo/a en todo lo concerniente al programa establecido, como son: viajes, estancia en residencia, actividades culturales y deportivas, excursiones, etc. eximiéndoles de TODA RESPONSABILIDAD MORAL Y LEGAL, POR INCUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES PARTICULARES establecidas en dicho programa, o de cualquier otro asunto relacionado con el mismo, por parte de mi hijo/a. También eximo al Director y Tutores de dichos cursos, de la responsabilidad derivada de cualquier acto realizado por mi hijo/a sin la debida autorización, previa comunicación, de su tutor. Así mismo instruyo a mi hijo/a en todo lo referente a las CONDICIONES PARTICULARES establecidas por ENGLISH TRANSIT S.L y con respecto a horarios, itinerarios, alojamiento, disciplina, profesorado, tutores, compañeros, etc. QUE ACEPTO EN SU TOTALIDAD.

Declaro conocer y aceptar el precio del curso, las condiciones generales, la forma de pago y las normas de anulación que se adjuntan.

Firma _____

Fecha _____

7. PERMISO MÉDICO

Los abajo firmantes, en su capacidad de padres o tutores reconocidos, autorizamos a ENGLISH TRANSIT S.L así como sus delegados, representantes y familias anfitrionas participantes en el programa, haciendo constar nuestro consentimiento a todo reconocimiento de Rayos X, diagnóstico-quirúrgico y posterior proceso de anestesia como resultado de normativas aplicables y siempre bajo total supervisión del equipo médico correspondiente o sala de emergencias responsables de actos y supervisiones de la práctica de la medicina o bien de la práctica de un dentista para el caso de tratamiento odontológico.

Firmamos la presente autorización a favor y en apoyo personal a los ya mencionados representantes, y/o delegados suscribiendo nuestra aprobación a todos y cada uno de los diagnósticos y atención hospitalaria requerida a results del mejor dictamen a juicio de médicos, dentistas y cirujanos en beneficio de nuestro participante en el programa.

Firma _____

FECHA _____