



# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN AÑO ACADÉMICO

Pegar aquí foto en color tamaño pasaporte

## INFORMACIÓN DEL CURSO

<input type="checkbox"/> Año Académico Canadá	<input type="checkbox"/> Año Académico EE.UU.	<input type="checkbox"/> Año Académico Irlanda	<input type="checkbox"/> Año Académico R. Unido
<input type="checkbox"/> Semestre / Trimestre Canadá	<input type="checkbox"/> Semestre / Trimestre EE.UU.	<input type="checkbox"/> Trimestre Irlanda	<input type="checkbox"/> Trimestre R.Unido

Para estancias más cortas indica país y duración:  Fecha del inicio:  Fecha fin:

Tipo de alojamiento:  Boarding School (Internado)  Familia  Curso actual en España:  Curso a estudiar:

## INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

Nombre:  Apellidos:

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa):  Edad:  Masc:  Fem:  Nombre del colegio actual:

Nacionalidad:  No de pasaporte:  Fecha de expedición:  Fecha de caducidad:

NIE / NIF:  Teléfono Domicilio:  Teléfono Móvil:  Email:

Dirección:  Ciudad:  Código Postal:

## INFORMACIÓN PADRE / TUTOR LEGAL

Nombre:

Apellidos:  Email:

NIE / NIF:  Nacionalidad:

Dirección:

Teléfono Móvil:  Teléfono Trabajo:

Teléfono de emergencia alternativo:

## INFORMACIÓN MADRE / TUTORA LEGAL

Nombre:

Apellidos:  Email:

NIE / NIF:  Nacionalidad:

Dirección:

Teléfono Móvil:  Teléfono Trabajo:

Nombre contacto de emergencia alternativo:

## Datos Fiscales para la factura:

Nombre completo o razón social:  NIF / CIF / NIE / Pasaporte:  Teléfono:

Dirección fiscal completa:  Email:

## SEGURO MÉDICO PARTICULAR ADICIONAL

English Transit ofrece un seguro médico que cubre a los alumnos durante la duración del curso, y su contratación es obligatoria para todos los participantes. No obstante, si los padres o tutores legales disponen de un seguro médico particular que quieran utilizar deberán proporcionar los datos correspondientes en este apartado.

Nombre de la aseguradora:

Número de póliza o contrato:

Teléfono de contacto de la aseguradora:

**Nota:** En caso de emergencia, English Transit podrá hacer uso del seguro médico contratado por la organización o del seguro particular del alumno, según sea más adecuado.

## INFORMACIÓN PERSONAL DEL PARTICIPANTE

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? Si  No  En caso afirmativo especificar y adjuntar certificado médico:

¿Cómo actuar en caso de reacción alérgica?

¿Toma su hijo/a alguna medicación? Si  No  En caso afirmativo especificar y adjuntar certificado médico:

¿Requiere su hijo/a alguna dieta especial? Si  No  En caso afirmativo especificar:

¿Tiene su hijo/a alguna discapacidad física o psicológica? Si  No  En caso afirmativo especificar y adjuntar certificado médico:

¿Cuál es el nivel de inglés de su hijo/a? Inicial  Intermedio  Avanzado  Nativo

Indique cualquier detalle adicional que considere importante / relevante:

## INTERESES PERSONALES DEL PARTICIPANTE

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Animales / cuidado de mascotas                     | <input type="checkbox"/> Fútbol                                 | <input type="checkbox"/> Senderismo                           |
| <input type="checkbox"/> Arte y dibujo                                      | <input type="checkbox"/> Fotografía                             | <input type="checkbox"/> Tecnología / programación            |
| <input type="checkbox"/> Baile (hip hop, moderno, ballet etc.)              | <input type="checkbox"/> Gimnasio / Fitness                     | <input type="checkbox"/> Tenis / Pádel                        |
| <input type="checkbox"/> Baloncesto   | <input type="checkbox"/> Jardinería                             | <input type="checkbox"/> Tocar un instrumento (guitarra etc.) |
| <input type="checkbox"/> Bicicletas   | <input type="checkbox"/> Lectura                                | <input type="checkbox"/> Videojuegos                          |
| <input type="checkbox"/> Cantar   | <input type="checkbox"/> Manualidades / bricolaje               | <input type="checkbox"/> Viajar y descubrir lugares nuevos    |
| <input type="checkbox"/> Cine y series                                      | <input type="checkbox"/> Moda y diseño                          | <input type="checkbox"/> Voluntariado / ayudar a otros        |
| <input type="checkbox"/> Cocina / repostería                                | <input type="checkbox"/> Música (escuchar)                      | <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/>          |
| <input type="checkbox"/> Deportes acuáticos (surf, kayak, paddle surf etc.) | <input type="checkbox"/> Redes sociales / creación de contenido | <input type="text"/>  |

## DATOS DE LA PERSONA AUTORIZADA PARA LA RECOGIDA EN EL AEROPUERTO AL FINALIZAR EL CURSO

Nombre de la persona que recogerá su hijo/a en el aeropuerto:

NIE / NIF:

Relación con el participante (padre, madre, amigo etc.):

Teléfono:

## CONSENTIMIENTO PATERNO

Sr / Sra [REDACTED] con DNI [REDACTED] cómo padre / madre / tutor/a legal de [REDACTED] autorizo a mi hijo/a para desplazarse al extranjero, con el fin de asistir al curso de verano organizado 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 o familia, clases, 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.

Firma:

Fecha

## PERMISO MÉDICO

Los abajo firmantes, en su capacidad de padres o tutores legales 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 para la realización de radiografías, diagnósticos-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 resultados del mejor dictamen a juicio de médicos, dentistas y cirujanos en beneficio del nuestro participante en el programa.

Firma:

Fecha