



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN CURSO DE VERANO

Pegar aquí foto en
color tamaño
pasaporte

INFORMACIÓN DEL CURSO

| | | | |
|-------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Nombre del curso: | | País del curso: | |
| Fecha del inicio: | | Fecha fin: | |
| | | Duración: | |
| Residencia | <input type="checkbox"/> | Familia Anfitriona | <input type="checkbox"/> |
| Con Clases | <input type="checkbox"/> | Sin Clases | <input type="checkbox"/> |

INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE

| | | | |
|-----------------------------------|--|----------------------|--------------------------|
| Nombre: | | Apellidos: | |
| Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa): | | Edad: | |
| | | Masculino | <input type="checkbox"/> |
| | | Feminino | <input type="checkbox"/> |
| 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