

adjuntar 1 foto

Please attach 1
photograph

FICHA DE INSCRIPCION APPLICATION FORM

DATOS DEL ESTUDIANTE / STUDENT DETAILS

Apellidos / Surname _____ N° D.N.I./PASAPORTE _____

Nombre/First Name _____

Chico/Male _____

Chica/ Female _____

Fecha de nacimiento/Date of birth _____

Domicilio/ Address _____

Localidad/City _____ Código Postal/Postal code _____

Provincia/ Province _____

Teléfonos/ Telephone _____ Tf Móvil/Mobile Ph _____

E-mails/E-mails _____

DATOS DE LA FAMILIA/ FAMILY DETAILS

(Sólo para alumnos menores de 18 años/ Only for students under 18)

Nombre y apellido del padre _____
Father's name & surname _____ DNI _____

Nombre y apellido de la madre _____
Mother's name & surname _____ DNI _____

Nombre y edad de los hermanos _____
Brother & sister's names and ages _____

Email y teléfono donde contactarles durante el programa _____
Contact e-mail & phone during the course _____

Nombre del colegio donde estudia _____
School name and address _____

DATOS DEL CURSO/ COURSE DETAILS

Nombre del Curso al que se inscribe _____

Fechas del curso/Dates _____

Indicar el nivel de idioma que cree tener/ Please indicate your level

Principiante/ Beginner Elemental/Elementary
Intermedio (Bajo)/Lower intermediate Avanzado/Advanced
Intermedio (Alto)/Higher Intermediate

¿Estudia inglés fuera del colegio? _____

¿Ha participado antes en un programa similar? _____

DATOS MÉDICOS/ MEDICAL DETAILS

Indicar posibles alergias, enfermedades, dietas especiales, trastornos alimenticios... (En caso de requerir medicación, será imprescindible aportar receta médica) _____

¿Es fumador/a? Sí NO

¿Aceptaría estar alojado en una familia de fumadores/as? Sí NO

¿Es vegetariano/a? Sí NO

Comentarios _____

AUTORIZACIÓN PARA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (en caso de emergencia)

La persona que firma la presente ficha de inscripción, autoriza al responsable del programa de Project Onlang, S.L para que, sólo en caso de máxima urgencia y **SIEMPRE que sea considerado oportuno por los servicios médicos y quirúrgicos pertinentes**, AUTORICE toda intervención quirúrgica y/o tratamiento y/o pruebas médicas prescritas.

COMENTARIOS DE INTERÉS (Importante hacer constar aquí cualquier petición especial)

Declaro haber leído y aceptado las Condiciones Generales contenidas en la propia ficha de inscripción, al igual que autorizo a intervención quirúrgica sólo en caso de emergencia.

Firma del estudiante/ Student signature

Firma de padre/madre o tutor

Parents or tutors signature

Fecha/ Date: ____ / ____ / ____

Nombre y apellidos de la persona que firma:
(Indicar número. de DNI: _____)