



FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Enviar por e-mail: info@idexone.es

foto

DATOS PERSONALES

Apellidos _____ Nombre _____

Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____ Nacionalidad _____

Dirección _____ Localidad _____

Código Postal _____ Provincia _____ Tfno _____

DNI _____ // Pasaporte _____ F. Exp _____ F.Cad. _____

Nombre padre (*) _____ E-mail padre _____ Tfno padre _____

Nombre madre (*) _____ E-mail Madre _____ Tfno madre _____

PROGRAMA

Curso / Programa _____

Semanas _____ F. de comienzo _____ Lugar _____

Nivel de inglés: Principiante ___ Básico ___ Intermedio ___ Intermedio alto ___ Avanzado ___

Tipo de alojamiento: En familia ___ En residencia ___ Apartamento ___

INFORME MÉDICO

Alergias o enfermedades que requieran tratamiento médico: _____

¿Requiere dieta especial? : _____ Especificar: _____

Fumador ___ No fumador ___

AUTORIZACIÓN MÉDICA: Por la presente SI / NO (señalar la opción correcta) autorizo a que el alumno sea intervenido quirúrgicamente en caso de urgencia y de no ser localizados los padres o representantes del menor.

Fecha: _____

Firma alumno o representante legal:

(*) A cumplimentar sólo en caso de cursos o programas para menores de edad.

El arriba firmante acepta íntegramente las condiciones del programa contratado y cada una de las condiciones generales anexas.