

# FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

NOMBRE COMPLETO .....  
DIRECCIÓN..... C.P..... CIUDAD .....  
PROVINCIA ..... NACIONALIDAD ..... TELÉFONO .....  
E\_MAIL ..... FECHA DE NACIMIENTO..... EDAD .....  
Nº DE PASAPORTE..... FECHA DE EXPEDICIÓN ..... FECHA DE CADUCIDAD.....  
MÓVIL DEL ALUMNO ..... COLEGIO.....

IDIOMA..... CIUDAD ..... CURSO .....  
FECHA DEL CURSO> DEL ..... AL ..... DURACIÓN.....  
NIVEL DEL IDIOMA> PRINCIPIANTE  ELEMENTAL  INTERMEDIO  AVANZADO   
¿HA ESTADO YA EN ALGÚN CURSO EN EL EXTRANJERO? SI  NO  ¿CUÁL?.....

CURSOS O ACTIVIDADES SUPLEMENTARIAS: DESEA CONTRATAR EL SERVICIO DE APOYO EN EL TRANSBORDO EN  
1. .... AEROPUERTO DE BARAJAS (COSTE 40 € POR TRANSBORDO)  
2. .... SI  NO

TIPO DE ALOJAMIENTO QUE DESEA (SEGÚN LAS CARACTERÍSTICAS DE ALOJAMIENTO DE CADA CURSO EXPRESADAS EN EL PROGRAMA)

FAMILIA  HABITACIÓN DOBLE  MEDIA PENSIÓN   
RESIDENCIA  HABITACIÓN INDIVIDUAL  PENSIÓN COMPLETA

FECHAS DEL ALOJAMIENTO DEL: ..... AL.....

¿ES USTED FUMADOR/A? SI  NO   
¿LE IMPORTA QUE HAYA ANIMALES DOMÉSTICOS EN LA CASA ANFITRIONA? SI  NO   
EN SU CASO ESPECIFICAR.....

¿CÓMO CONTACTÓ CON NOSOTROS?

AMIGOS  PUBLICIDAD  TANDEM  INTERNET  OTROS .....

NOMBRE DEL PADRE .....

E\_MAIL ..... TEL. MÓVIL.....

NOMBRE DE LA MADRE .....

E\_MAIL ..... TEL. MÓVIL.....

AUTORIZACIÓN E INFORMACIÓN MÉDICA>

¿TIENE USTED ALGUNA ENFERMEDAD QUE REQUIERA TRATAMIENTO MÉDICO ESPECIAL? (ESPECIFICAR) .....

¿NECESITA SEGUIR ALGÚN TIPO DE DIETA? (ESPECIFICAR) .....

¿TIENE ALGUNA ALERGIAS? .....

AUTORIZO A EUROPA PLUS, AL MONITOR DESIGNADO COMO RESPONSABLE DE GRUPO O A LA ESCUELA A INTERVENIR SIGUIENDO EL CONSEJO DEL MÉDICO.

HE LEIDO Y ACEPTO LAS CONDICIONES DEL CONTRATO CON EUROPA PLUS IDIOMAS, ASÍ COMO LAS CONDICIONES GENERALES DE LA ESCUELA DE MI ELECCIÓN.

LOS DATOS FACILITADOS SERÁN INCORPORADOS A UNA BASE DE DATOS CREADA Y MANTENIDA DE ACUERDO CON LAS EXIGENCIAS DE LA L.O. 1.571999, DE 13 DE DICIEMBRE, DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL.

FIRMA DE LOS PADRES O TUTORES

FECHA: ...../...../.....