

**1 • PROGRAMA SOLICITADO:**

NOMBRE DEL PROGRAMA

Nº DE SEMANAS

FECHA DE COMIENZO

**2 • DATOS PERSONALES:**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PARTICIPANTE (tal y como aparecen en el pasaporte)

DIRECCIÓN

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDAD

PROVINCIA

TELÉFONO MÓVIL

OTRO TELÉFONO

CORREO ELECTRÓNICO DEL PARTICIPANTE

DNI (con letra)

EDAD el 01/07/2022

FECHA DE NACIMIENTO

Nº PASAPORTE

FECHA DE CADUCIDAD

PAÍS DE EXPEDICIÓN

¿CÓMO NOS CONOCIÓ? (del modo más concreto posible)

NOMBRE DEL PADRE (o tutor legal)

PROFESIÓN

TELÉFONO MÓVIL

CORREO ELECTRÓNICO

HERMANOS Y HERMANAS EN LA FAMILIA

EDADES

NOMBRES



OTROS DATOS RELEVANTES A MENCIONAR:

Nombre del COLEGIO al que asiste en España, dirección y teléfono

¿FUMA EL PARTICIPANTE?

NIVEL DE IDIOMA INGLES (Alto, Intermedio, Bajo)

### 3 • AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTO MÉDICO

¿PADECES O HAS PADECIDO ALGÚN TIPO DE ALERGIA, TRATAMIENTO MÉDICO O SIGUES ALGUNA DIETA ESPECIAL? Por favor detallar

En caso de enfermedad y/o lesión, otorgo mi permiso para ser examinado en un centro apropiado, así como para las posibles consultas fuera del centro médico que fueran indicadas. El permiso se otorga también para el conocimiento y envío de información de mi posible enfermedad a otras personas.

Firma del ESTUDIANTE

Firma del Padre, Madre o Tutor Legal

---

---