

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

CURSOS DE IDIOMAS PARA JÓVENES



CURSOS DE IDIOMAS EN EL EXTRANJERO

Pegar 1 foto reciente y sonriente

- Rellene el formulario con letra clara y en mayúsculas.
- Nombres y apellidos tal y como figuran en su D.N.I.
- Adjuntar 2 fotos recientes sonrientes, firmadas por detrás.
- No se aceptarán como válidas las solicitudes incompletas o sin las firmas correspondientes.

DATOS DEL PARTICIPANTE

APELLIDOS

NOMBRE

FECHA DE NACIMIENTO NACIONALIDAD SEXO: V M

DIRECCIÓN

CIUDAD C.P. PROVINCIA

TEL. CASA MOVIL ESTUDIANTE E-MAIL ESTUDIANTE

Nº PASAPORTE Nº D.N.I.

CURSO ELEGIDO IDIOMA Nº SEMANAS MES

ALOJAMIENTO: FAMILIA RESIDENCIA

NIVEL DEL PARTICIPANTE: PRINCIPIANTE INTERMEDIO BAJO
INTERMEDIO MEDIO INTERMEDIO ALTO AVANZADO

NOMBRE DEL COLEGIO DONDE ESTUDIA

¿QUÉ CURSO ESTUDIA?

¿HA REALIZADO ANTERIORMENTE ALGÚN CURSO EN EL EXTRANJERO? ¿DÓNDE?

AFICIONES (HOBBIES)

Nº HERMANOS EDADES Nº HERMANAS EDADES

DATOS DE LOS PADRES O RESPONSABLES LEGALES

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE O RESPONSABLE LEGAL

PROFESIÓN TEL. TRABAJO MÓVIL

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE

PROFESIÓN TEL. TRABAJO MÓVIL

E-MAIL DE CONTACTO

DOMICILIO DURANTE LA ESTANCIA DEL ALUMNO EN EL EXTRANJERO (SI ESTE FUERA DIFERENTE DEL HABITUAL)

EN CASO DE EMERGENCIA CONTACTAR CON

PARENTESCO

¿CÓMO CONOCIÓ NUESTRO PROGRAMA?

SOY ANTIGUO CLIENTE POR LA PUBLICIDAD CONSEJO DE UN AMIGO LA WEB

OTROS

INFORMACIÓN DE SALUD

MARQUE LO QUE CORRESPONDA

EL PARTICIPANTE

- | | | |
|-----------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> tiene | <input type="checkbox"/> no tiene | problemas físicos o de salud que requieran atención médica |
| <input type="checkbox"/> ha | <input type="checkbox"/> no ha | estado bajo tratamiento psicológico |
| <input type="checkbox"/> tiene | <input type="checkbox"/> no tiene | alergias, si su respuesta es afirmativa, especifique |
| <input type="checkbox"/> necesita | <input type="checkbox"/> no necesita | medicación especial, especifique |
| <input type="checkbox"/> necesita | <input type="checkbox"/> no necesita | dieta especial |

OBSERVACIONES

HE QUEDADO ENTERADO Y ACEPTO LAS CONDICIONES GENERAL DEL FOLLETO DE EAS-VELE, LAS CONDICIONES DEL SEGURO DE CANCELACIÓN (EN CASO DE TENERLO INCLUIDO O CONTRATADO) ASI COMO LOS CONTENIDOS DE LOS MANUALES DE ORIENTACION Y NORMAS

FECHA

FIRMA DEL PADRE O RESPONSABLE LEGAL FIRMA DE LA MADRE

FIRMA DEL PARTICIPANTE

Le comunicamos que de acuerdo con la entrada en vigor de la LSSI-CE (Ley de Servicios de la Sociedad de la Información y de Comercio Electrónico) el pasado 12 de octubre de 2003, sus datos como cliente han pasado a formar parte de una base de datos responsabilidad de EAS-VELE, S.L., quien le garantiza la seguridad de los mismos y su tratamiento, conforme a dicha ley y a otras normas de tratamiento de datos. La finalidad es, única y exclusivamente, enviarle información referente a novedades y promociones sobre nuestra empresa, dando de esta manera su consentimiento expreso para recibirla. Si desea modificar o cancelar sus datos puede enviarnos un correo electrónico a la siguiente dirección: easvele@easvele.com

www.easvele.com
easvele@easvele.com