

mi familia en Inglés

C^{no} Viejo Cizur, 30
31190 Cizur Menor
948 286 871 / 689 231 191
info@mifamiliaeniales.com



- Date
- Inscription
- Links
- Photo
- Profile
- Europe Card
- DNI
- Parental Authorisation
- Passport

1. INFORMACIÓN FAMILIAR

Padre : Madre :
Móvil : Móvil :
Dirección :
CP / Población :
Ocupación padres :
Hermanos · Edad :
¿Cómo nos has conocido?
Teléfono Fijo :
Mail ::

2. CONTACTO DE EMERGENCIA DURANTE EL PROGRAMA

Nombre : Móvil/Fijo :
Mail :

3. INFORMACIÓN DEL ALUMNO

Nombre :
Fecha Nacimiento : Edad :
Curso y Colegio :
Pasaporte / F Caducidad :
Autorización salida :
Tarjeta Europea :
Foto:

4. INFORMACIÓN PERSONAL

- ✓ ¿Sigues alguna dieta especial? Sí/No Especificar
- ✓ ¿Tienes miedo a los animales? Si/No Especificar
- ✓ ¿Has estado con una "Host Family" antes? Si/No Dónde
- ✓ ¿Has estado en el extranjero antes? Si/No Dónde
- ✓ ¿Estudias inglés en academia?
- ✓ ¿Qué te gustaría ser de mayor?
- ✓ ¿Cuál es tu nivel de inglés? Nada • Poco • Algo • Medio • Bueno

5. ME GUSTA

- Tenis • Bici • Pelis • Niños • Nadar • TV • Arte • Baloncesto • Fútbol • Rugby • Aerobic • Música • Instrumentos • Viajes • Gimnasia • Caballos • Fotografía • Patinaje • Perros • Vela • Leer • Playa • Gatos • Ordenadores • Pasear • Bailar • Manualidades • Videojuegos • Cocina • Shopping • Moda • Amigos •

6. PERMISO MÉDICO

El abajo firmante, en su capacidad de padre, madre o tutor, autorizo a *Mi Familia en Inglés* así como a sus delegados y familias anfitrionas del programa, haciendo constar mi consentimiento a todo reconocimiento de Rayos X, diagnóstico-quirúrgico y posterior proceso de anestesia como resultado de normativas aplicables y siempre bajo total supervisión del equipo médico correspondiente o sala de emergencias o de un dentista para el caso de tratamiento odontológico. Firmo la presente autorización a favor y en apoyo personal a los ya mencionados representantes, y/o familias de acogida suscribiendo mi aprobación a todos y cada uno de los diagnósticos y atención hospitalaria requerida a resultados del mejor dictamen a juicio de médicos, dentistas y cirujanos en beneficio de mi hijo. Cualquier tipo de trastorno o incidencia física o psíquica así como su historial y tratamiento o cualquier circunstancia que pueda afectar el desarrollo del programa deber ser notificada a *Mi Familia en Inglés*.

- ✓ ¿Padeces o has padecido alguna enfermedad importante? Si / No
- ✓ ¿Estás bajo algún tratamiento médico? Si / No
- ✓ ¿Tomas alguna medicación? Si / No
- ✓ ¿Eres alérgico a alguna comida o medicamento? Si / No
- ✓ ¿Has padecido?
Varicela • Sarampión • Paperas • Otros
- ✓ ¿Estás vacunado del tétanos?
Si / No
- ✓ Fecha de la última vacuna
- ✓ Observaciones :

7. AUTORIZACIÓN PATERNA

.....,
con DNI,
como padre, madre o tutor AUTORIZO a mi hijo/a para desplazarse al extranjero, con el fin de asistir al programa organizado por *Mi familia en Inglés*, otorgando al Director, tutores acompañantes y familias de acogida mis prerrogativas paternas con respecto a mi hijo/a en todo lo concerniente al programa: viajes, estancia en familias, actividades lúdico-deportivas y salidas, etc., eximiéndoles de toda responsabilidad moral y legal, por incumplimiento de las normas establecidas en dicho programa, o de cualquier otro asunto relacionado con el mismo, por parte de mi hijo/a.

DECLARO conocer y aceptar el precio del curso, las condiciones generales, la forma de pago y las normas de cancelación que se adjuntan.

AUTORIZO a *Mi Familia en Inglés* a hacer pública mi dirección de correo y teléfono entre el resto de participantes del programa, familia de acogida y monitor acompañante

Firma y fecha del padre o tutor