

1. DATOS DEL ALUMNO

Nombre _____ Apellidos _____
 Fecha de nacimiento _____ Lugar _____ Edad _____
 Pasaporte _____ Email _____
 Teléfono móvil _____ Teléfono fijo _____
 Domicilio _____
 C.P. _____ Población/Provincia _____ País _____

2. PERSONAS DE CONTACTO DURANTE EL CURSO

Madre Padre Ambos Otros

Nombre y apellidos de la madre _____ Profesión _____

Si distinto al alumno

Domicilio _____

C.P. _____ Población/Provincia _____ País _____

Teléfono trabajo _____ Teléfono móvil _____ Teléfono fijo _____

Email _____ ¿Habla inglés? Sí No ¿Lee inglés? Sí No

Nombre y apellidos del padre _____ Profesión _____

Si distinto al alumno

Domicilio _____

C.P. _____ Población/Provincia _____ País _____

Teléfono trabajo _____ Teléfono móvil _____ Teléfono fijo _____

Email _____ ¿Habla inglés? Sí No ¿Lee inglés? Sí No

3. OTROS DATOS DE INTERÉS

Colegio actual _____ Curso _____ Población/Provincia _____

Nivel de inglés Alto Intermedio-Alto Intermedio Intermedio-Bajo Elemental Principiante

Años estudiándolo _____ Idioma materno _____ Otros idiomas _____

¿Ha realizado algún año académico en el extranjero? Sí No Curso _____

¿Ha realizado previamente algún curso de idiomas en el extranjero? Sí No ¿Dónde? _____

¿Ha realizado alguno de estos cursos con ICE? Sí No ¿Dónde? _____

Nombres y edades de hermanos _____

¿Cómo nos conocisteis? Internet Aseproce Soy antiguo alumno Recomendado por _____

4. ELECCIÓN DE PROGRAMA

País Reino Unido Irlanda Suiza Francia Alemania EE.UU. Canadá

Sistema educativo Americano Británico Irlandés Francés Alemán Internacional

Idioma del programa _____ **Años estudiándolo** _____

Nivel Alto Intermedio-Alto Intermedio Intermedio-Bajo Elemental Principiante

<i>Tipo de programa</i>	Experiencia <input type="checkbox"/>	Fecha comienzo _____	Fecha regreso _____	Total semanas _____
	Trimestre <input type="checkbox"/>	Septiembre-Diciembre 201 <input type="checkbox"/>	Enero-Abril 201 <input type="checkbox"/>	Abril-Junio 201 <input type="checkbox"/>
	Año académico <input type="checkbox"/>	201 - 201		

En el caso de desear que se solicite plaza en algún colegio concreto, por favor, indique cuál _____

<i>Requisitos a tener en cuenta para la selección de colegio</i>	Tipo de programa Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	Alojamiento Familia <input type="checkbox"/> Internado <input type="checkbox"/>
	Tipo de colegio Chicos <input type="checkbox"/> Chicas <input type="checkbox"/> Mixto <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/>	
	Religión Católico <input type="checkbox"/> Cristiano <input type="checkbox"/> Laico <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/>	
	Situación Entorno rural <input type="checkbox"/> Entorno urbano <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/>	
<i>Actividades a tener en cuenta para la selección de colegio</i>	Rango edades Preparatory (3-13 años) <input type="checkbox"/> Senior (13-18 años) <input type="checkbox"/> Prep+Senior (3-18 años) <input type="checkbox"/>	
	Clases de apoyo lingüístico Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Deportivas _____
	Idiomas _____	Música/Arte _____
<i>Datos a tener en cuenta para la selección de colegio</i>	Ubicación _____	
	Otros _____	

5. DATOS ADICIONALES DEL ALUMNO

Aficiones _____

Explicar brevemente su entorno familiar, su actitud en casa y con los amigos, qué suele hacer los fines de semana...

¿Está el alumno integrado en su colegio? Sí No ¿Y en casa? Sí No

¿Quién tomó la decisión de que cursara un año académico en el extranjero? _____

¿Por algún motivo especial? _____

¿Ha habido o hay algún hecho o situación que haya podido afectar al alumno y que debamos conocer?

6. SERVICIOS A CONTRATAR CON ICE

Servicio de Asesoramiento, Solicitud y Tramitación de Plaza en el colegio seleccionado*	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Servicio de Seguimiento del Alumno durante su estancia en el extranjero*	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Convalidación una vez finalizado el curso (sólo para año académico completo)	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Seguro de asistencia de viaje	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Seguro de cancelación del curso	Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

* Servicios obligatorios en el programa de año académico estatal con alojamiento en familia

7. DATOS MÉDICOS. AUTORIZACIÓN Y USO

¿Ha padecido el alumno alguna enfermedad grave con anterioridad? Sí No

Detalles _____

¿Padece actualmente el alumno alguna condición médica que debamos conocer? Sí No

Detalles _____

¿Sigue el alumno algún tratamiento médico actualmente? Sí No

Detalles _____

¿Sufre el alumno algún tipo de alergia o sigue alguna dieta especial? Sí No

Detalles _____

Por la presente Sí No autorizo a que el alumno sea intervenido quirúrgicamente en caso de urgencia y de no ser localizados los padres o tutores del menor.

Sí No autorizo al personal médico del colegio de destino a administrar al alumno los siguientes medicamentos sin receta si así lo consideran necesario: Paracetamol, Ibuprofeno, jarabe para la tos, antiácido, pastillas para la tos, pastillas para el mareo o antihistamínicos.

Fecha _____

Firma del representante legal del alumno

El abajo firmante acepta íntegramente el contrato y cada una de las condiciones específicas del programa, así como las condiciones generales de ICE.

Fecha _____

Firma del representante legal del alumno