

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 _____

Pasaporte _____ Email _____

Teléfono trabajo _____ Teléfono móvil _____ Teléfono fijo _____

¿Habla inglés? Sí No ¿Lee inglés? Sí No

Nombre y apellidos del padre _____ Profesión _____

Si distinto al alumno

Domicilio _____

C.P. _____ Población/Provincia _____ País _____

Pasaporte _____ Email _____

Teléfono trabajo _____ Teléfono móvil _____ Teléfono fijo _____

¿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. DATOS DEL CURSO SELECCIONADO

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

Idioma del curso _____ Años estudiándolo _____

Nivel Alto Intermedio-Alto Intermedio Intermedio-Bajo Elemental Principiante

Curso _____

Fecha comienzo _____ Fecha regreso _____ Total semanas _____

Alojamiento Familia Colegio

5. SERVICIOS A CONTRATAR CON ICE

Seguro de asistencia de viaje Sí No

Seguro de cancelación del curso Sí No

6. 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