

**Tec Idiomas S.L.**  
C/ Ramón y Cajal 23 bajo  
12540 Vila-real  
Tel. 964 534 034  
[viajes2@tecediomas.es](mailto:viajes2@tecediomas.es)  
[www.tecediomas.es](http://www.tecediomas.es)

**ENGLISH SUMMER CAMP**



FECHAS: Del 30 de junio al 14 de julio

Del 30 de junio al 07 de julio  Del 7 al 14 de Julio

Seguro Cancelación (rodea): Si No

INFORMACIÓN DEL ALUMNO	
NOMBRE:	_____ APELLIDOS: _____
DIRECCIÓN:	_____ CÓDIGO POSTAL: _____
POBLACIÓN:	_____ PROVINCIA: _____ PAÍS: _____
TELÉFONO:	_____ 2º TELÉFONO : _____ MÓVIL: _____
FECHA NACIMIENTO:	_____ CIUDAD y PAÍS DE NACIMIENTO: _____
DNI	_____ Nº SIP: _____
(adjuntar copia)	(adjuntar copia)
CÓMO NOS HAS CONOCIDO	_____
COLEGIO DONDE ESTUDIAS ACTUALMENTE:	_____

INFORMACIÓN FAMILIAR	
PADRE	MADRE
NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
APELLIDOS: _____	APELLIDOS: _____
DIRECCIÓN: _____	DIRECCIÓN: _____
C.P. y POBLACIÓN: _____	C.P. y POBLACIÓN: _____
PAÍS: _____	PAÍS: _____
TEL. CONTACTO: _____	TEL. CONTACTO: _____
MÓVIL: _____	MÓVIL: _____
E-MAIL: _____	E-MAIL: _____

INFORMACIÓN PERSONAL	
¿Sigues alguna dieta especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, por favor especificar _____
¿Tienes miedo a los animales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si es así, por favor especificar _____
¿Has estado en un campamento antes? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dónde _____
¿Sabes nadar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es tu nivel de inglés? Nada <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Medio <input type="checkbox"/> Fluido <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/>	
Observaciones, cuidados y comentarios relevantes: carácter, costumbres, incontinencias, miedos, compartir habitación con, etc...:	
_____	

## 5. AUTORIZACIÓN PATERNA

D. /Dña \_\_\_\_\_, con DNI nº \_\_\_\_\_, como padre, madre o tutor legal de \_\_\_\_\_, AUTORIZO a mi hijo/a a asistir al campamento ENGLISH SUMMER CAMP organizado por Tec Idiomes S.L., otorgando al Director y Tutores acompañantes mis prerrogativas paternas con respecto a mi hijo/a en todo lo concerniente al programa establecido, como son: desplazamientos, estancia, actividades lúdicas y deportivas, excursiones, etc. eximiéndoles de TODA RESPONSABILIDAD MORAL Y LEGAL, POR INCUMPLIMIENTO DE LAS NORMAS DE RÉGIMEN INTERIOR establecidas en dicho programa, o de cualquier otro asunto relacionado con el mismo, por parte de mi hijo/a.

También eximo al Director y Tutores de dichos cursos, de la responsabilidad derivada de cualquier acto realizado por mi hijo/a sin la debida autorización, previa comunicación, de su tutor. Así mismo instruyo a mi hijo/a en todo lo referente a las NORMAS DE RÉGIMEN INTERIOR establecidas por Tec Idiomes S.L. con respecto a horarios, itinerarios, alojamiento, disciplina, profesorado, tutores, compañeros, etc. QUE ACEPTO EN SU TOTALIDAD.

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

Firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Es posible que durante la realización de las actividades se tomen imágenes de los alumnos para uso pedagógico y difusión



## PERMISO MÉDICO

Los abajo firmantes, en su capacidad de padres o tutores reconocidos, autorizamos a Tec Idiomes S.L. así como sus delegados, y/o representantes, haciendo constar nuestro 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 responsables de actos y supervisiones de la práctica de la medicina o bien de la práctica de un dentista para el caso de tratamiento Odontológico.

Firmamos la presente autorización a favor y en apoyo personal a los ya mencionados representantes, y/o delegados suscribiendo nuestra 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 nuestro participante en el programa.

Padeces o has padecido alguna enfermedad importante? Si No Por favor especificar \_\_\_\_\_

Estás bajo algún tratamiento médico? Si No Por favor especificar \_\_\_\_\_

Estás tomando algún tipo de medicación? Si No Por favor especificar \_\_\_\_\_

Padeces alguna alergia? Si No Por favor especificar \_\_\_\_\_

Presentas alguna discapacidad? Si No Por favor especificar \_\_\_\_\_

Señala si has padecido? Varicela Sarampión Paperas

Estás vacunado del tétanos? Si No Fecha de la última vacuna \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_