



Ficha de inscripción | Jóvenes individual

Haz clic sobre el cuadro para insertar tu foto.

Datos del curso

Número de semanas: Fecha de salida: Fecha de regreso:

Programa: País:

Alojamiento: Residencia Familia

Datos del participante

Nombre: Apellidos: Sexo:

Dirección: CP:

Población: Provincia: País:

Teléfono: Teléfono 2: Móvil:

Fecha de nacimiento: Ciudad y país de nacimiento: Edad:

DNI/NIF: N° pasaporte:

Fecha caducidad DNI: Fecha caducidad pasaporte:

E-mail:

Especifica: ¿Sigues alguna dieta especial? Si No ¿Tienes miedo a los animales? Si No Especifica: ¿Padeces, o has padecido, alguna Especifica: No enfermedad importante? Especifica: ¿Estás bajo algún tratamiento médico? Si No ¿Estás tomando algún tipo de medicación? Si No Especifica: ¿Eres alérgico a algún tipo de comida Si Especifica: o medicamento?

*En caso de tener enfermedad preexistente consulta el seguro complementario

*Consultar suplemento por dietas especiales

Información familiar

Madre o tutoraPadre o tutorNombre:Nombre:Apellidos:Apellidos:Dirección:Dirección:CP y población:CP y población:

País: País:

Tlf. de contacto: Tlf. de contacto:

Móvil: Móvil:

Tlf. de trabajo: Tlf. de trabajo:

E-mail: E-mail:

Extras / opcional

Seguro asistencia y responsabilidad civil: sí Seguro anulación: sí Traslados en destino: sí Gestión billete avión ida y vuelta:

IdaAeropuerto salida:Aeropuerto llegada:VueltaAeropuerto salida:Aeropuerto llegada:

Nos has conocido a través de:

		<i>-</i>	
Lorm	Heo I	maa	$\mathbf{I} \cap \cap$
Perm	แอบ	meu	

Los abajo firmantes, en su capacidad de padres o tutores reconocidos, autorizamos a TEC Viajes S.L. así como sus delegados, representantes y familias anfitrionas participantes en el programa, 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 de legados suscribiendo nuestra aprobación a todos y cada uno de los diagnósticos y atención hospitalaria requerida a consultas del mejor dictamen a juicio de médicos, dentistas y cirujanos en beneficio de nuestro participante en el programa.

dei mejor dictam	en a juició de	medicos, dentis	stas y cirujano	os en beneficio	de nuestro pa	articipante en	ei programa.
He padecido:	Varicela	Sarampión	Paperas	Ninguna			
¿Estás vacunado/	'a del tétanos	?	Fecha de	e la última vacuna	ı:		
	Fecha			Firma del padre/r	•	-	
En caso de que exista	algún tipo de en	fermedad previa y no	ser informado, 1	EC Viajes eximirá c	ualquier respons	abilidad derivada	de ésta.
			Datos eco	nómicos			
Precio Total del	programa	€	Ē				
			Rese	rva			
■ Importe: Qu	uinientos eu	ros					
Pagado median	te:	Transferencia I	Bancaria				
		Fecha /	/	Entidad b	ancaria:		
*Transferencia a Asunto: Nombre			a Rural Núi Iraria	mero de cuenta	: ES2631102	31846272003	34593
■ Parte pendie	ente	€					
Resto 4 semana	as antes de l	a salida. Envia	ndo justifica	nte de pago p	or e-mail.		
Junto a esta in	scripción se	ha de adjuntar:		nte de abono ía tamaño carr		ocopia del DN	NI y Pasaporte
 En caso de pad del tratamiento preexistente qu 	oportunas. T	EC Viajes eximir					
Declaro ha	ber leído y a	cepto las cond	iciones gene	rales, así com	o las particu	lares del pro	ograma elegido.
Nombre, apellio	dos y DNI de	e la persona qu	e suscribe e	l contrato:	Padre	Madre	Tutor
Nombre		Apellidos			DNI		
Lugar y Fecha:					Firma del pa	dre/madre o re	presentante legal
	a	de	de 20				

Puedes imprimir el formulario para firmarlo y enviarnos la copia escaneada, o utilizar la firma digital si dispones de una.



Información y reservas en oficina central: