



Datos del curso

Mixto	Chicas	Chicos	Inmersión/Programa corto		
Año académico		Privado/Internado	Mes de salida:		
1º Trimestre		Privado/Día	País:		
2º Trimestre			Curso a realizar:		
3º Trimestre		Público/Día			
1º Semestre		Público/Internado	Seguro de anulación	Sí	No
2º Semestre			Seguro de asistencia	Sí	No

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:	Nº pasaporte:	
Fecha caducidad DNI:	Fecha caducidad pasaporte:	
E-mail:		
¿Sigues alguna dieta especial?	Especifica:	
¿Padeces, o has padecido, alguna enfermedad importante?	Especifica:	
¿Estás bajo algún tratamiento médico?	Especifica:	
¿Estás tomando algún tipo de medicación?	Especifica:	
¿Eres alérgico a algún tipo de comida o medicamento?	Especifica:	

*En caso de tener enfermedad preexistente consulta el seguro complementario
*Consultar suplemento por dietas especiales

Información familiar

Madre o tutora	Padre o tutor
Nombre:	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:

Nos has conocido a través de: _____

Permiso médico

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.

He padecido: Varicela Sarampión Paperas Ninguna

¿Estás vacunado/a del tétanos? Fecha de la última vacuna:

Fecha

Firma del padre/madre o representante legal

En caso de que exista algún tipo de enfermedad previa y no ser informado, TEC Viajes eximirá cualquier responsabilidad derivada de ésta.

- Junto a esta inscripción se ha de adjuntar: Fotocopia del DNI
- En caso de padecer alguna enfermedad o alergia es necesario adjuntar un informe médico con las indicaciones del tratamiento oportunas. TEC Viajes eximirá cualquier tipo de responsabilidad derivada de una enfermedad preexistente que no haya sido notificada.

Declaro haber leído y acepto las condiciones generales, así como las particulares del programa elegido.

Nombre, apellidos y DNI de la persona que suscribe el contrato:

Nombre

Apellidos

DNI

Firma del participante

Lugar y Fecha:

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:

@ viajes2@teciomas.es ☎ 964 534 034 🌐 www.teciomas.es

| Castellón-Vila-Real- Valencia