



Ficha de inscripción | Jóvenes grupal

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

Datos económicos

Precio Total del programa _____ € Desea contratar seguro de anulación Sí No

Reserva

■ Importe: *Quinientos euros*

Pagado mediante: Transferencia Bancaria

Fecha / / Entidad bancaria:

*Transferencia a TEC Viajes S.L. Banco: Caja Rural Número de cuenta: IBAN-ES2631102818462720034593
Católico Agraria

Asunto: Nombre y apellidos del alumno.

■ Parte pendiente €

Segundo pago: Abril 1000€, resto 4 semanas antes de la salida. Enviando justificante de pago por e-mail.

● Junto a esta inscripción se ha de adjuntar: + Justificante de abono + Fotocopia del DNI y Pasaporte
+ Fotografía tamaño carnet

● 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.

Aviso de privacidad:

Los datos personales contenidos en este formulario serán tratados conforme al RGPD y la LOPDGDD, únicamente para la gestión de la comunicación.
Puede ejercer sus derechos enviando un correo a administracion@tecidiomas.com

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: Padre Madre Tutor

Nombre Apellidos DNI

Lugar y Fecha: Firma del padre/madre o representante 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:

@ viajes@tecidiomas.es ☎ 964 534 034 ⌂ www.tecidiomas.es

Valencia | Castellón | Vila-Real