



Ficha de inscripción | Jóvenes individual

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

Extras / opcional

Seguro asistencia y responsabilidad civil:	Sí No	Seguro anulación:	Sí No	Traslados en destino:	Sí No
Gestión billete avión ida y vuelta:					
Ida Aeropuerto salida:		Aeropuerto llegada:			
Vuelta Aeropuerto salida:		Aeropuerto llegada:			

Nos has conocido a través de: _____

Permiso médico

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 _____ €

Reserva

■ Importe: *Quinientos euros*

Pagado mediante: Transferencia Bancaria

Fecha / / Entidad bancaria:

*Transferencia a TEC Viajes S.L. Banco: Caja Rural
Cataluña Número de cuenta: ES2631102818462720034593

Asunto: Nombre y apellidos del alumno.

■ Parte pendiente €

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 LOPDGGDD, únicamente para la gestión de la comunicación.
Puede ejercer sus derechos enviando un correo a administracion@tecdijomas.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