



ALCANTARA 34 –Bajo H.
28006 - Madrid.
Tlf: 91.401.25.02 y 91.402.30.53.
Correo: info@eduma.com
Web: www.eduma.com



IDIOMAS: Worthing



ACTIVIDADES RECREATIVAS, CULTURALES, TURÍSTICAS Y DEPORTIVAS.

Nombre y apellidos: _____

Sexo _____ Fecha de Nacimiento. _____ Edad _____

Domicilio _____

Ciudad _____ Código Postal. _____ Telefono: _____ Móvil: _____

¿Hijo único? Si No. N° de hermanos/as: _____

Indicaciones en cuanto al carácter del estudiante. _____

Indicaciones en cuanto aficiones del estudiante. _____

¿Fuma el estudiante? Si No. Preferencias para selección de familias: Con hijos Sin hijos.

¿Ha recibido tratamiento psicológico en los últimos años? Si No. ¿Es alérgico a los animales? Si No

¿Necesita tratamiento médico especial? _____

¿Necesita el estudiante algún cuidado especial? _____

Otras indicaciones: _____

Hay algunas familias que viven en el extrarradio. Tienen la ventaja de hacer más vida familiar pero sin transporte municipal. ¿Te gustaría alojarte en alguna de estas familias? Si No.

Está terminantemente prohibido salir después de cenar a aquellos alumnos que no hayan cumplido 15 años. A los mayores de 15 y menores de 18 años se les permitirá salir hasta las 10 de la noche. Todos los participantes de estos programas aceptan esta norma y el incumplimiento supondrá la expulsión del curso, corriendo los padres con los gastos de retorno anticipado. En el programa hay algunas actividades organizadas para después de la cena, en estos casos los estudiantes menores de 15 años sí participan.

Si es posible, me gustaría hospedarme en la misma familia del año pasado. Indicar los siguientes datos.

Nombre de la familia: _____

Dirección completa: _____

Teléfono: _____

El abajo firmante D. _____

Responsable del estudiante: _____

Acepta las condiciones generales indicadas y declara que el estudiante no tiene ninguna enfermedad infectocontagiosa ni ninguna otra que le impida participar en el programa.

Autorizo al director de EDUMA-BEC a tomar la decisión, en caso de urgencia y según indicaciones médicas competentes, a intervenir quirúrgicamente al estudiante.

Madrid, a _____ de _____ de _____

Firma del responsable del alumno.