

CAMPUS

STAGE

COMBINADA

SOCIO

NO SOCIO.

INGLÉS

FRANCÉS

SEMANAS	JORNADA COMPLETA	MEDIA JORNADA
1ª SEMANA		
2ª SEMANA		
3ª SEMANA		
4ª SEMANA		
5ª SEMANA		

NOMBRE: _____

APELLIDOS: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

NOMBRE PADRES: _____

TELEFONO CONTACTO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____

¿Padece alguna alergia? SI NO

¿intolerancia a algún medicamento? SI NO

¿Cuál?

¿Intolerancia a algún alimento? SI NO

¿Cuál?

Autorizo a mi hij@ a ser grabad@ y/o fotografiad@ para un reportaje recopilatorio de el Campus.

Autorizo a que mi hij@ participe en todas las actividades del Campus/Stage.

Autorizo al personal responsable para que en caso de accidente o enfermedad de mi hij@ actúen como mejor proceda.

FIRMA:

Nº cuenta bancaria: _____