



FICHA DE INSCRIPCIÓN - REGISTRATION FORM

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO / PERSONAL STUDENT'S PROFILE

APELLIDOS (*surname*): _____

NOMBRE (*name*): _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD (*age*) _____ HOMBRE (*male*) _____ MUJER (*female*) _____

DIRECCIÓN (*home address*): _____

LOCALIDAD (*city / state*): _____ ZIP (*zip code*): _____ PAÍS (*country*): _____

EMAIL: _____ FACEBOOK: _____

TELÉFONO (*phone*): _____ NACIONALIDAD (*nationality*): _____

COLEGIO SEK DEL QUE PROCEDE (*SEK SCHOOL NAME*): _____

DATOS FAMILIARES / FAMILY INFORMATION

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE (*father 's name and surname*): _____

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE (*mother 's name and surname*): _____

TELÉFONOS DEL TRABAJO (*work phone number*): _____

NÚMERO DE HERMANOS (*number of brothers and sisters and their ages*): _____

HOBBIES Y ACTIVIDADES DE LA FAMILIA (*family hobbies and pastime activities*): _____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA / FURTHER INFORMATION

ALERGIAS (*ALERGIES*) YES _____ NO _____

ESPECIFICAR EN CASO POSITIVO EL TIPO DE ALERGIA EXISTENTE Y EL TIPO DE MEDICAMENTO NECESARIO Y/O DE ALIMENTACIÓN QUE REQUIERE. EN CASO NECESARIO, ENVIAR UN CERTIFICADO MÉDICO. (*if you are allergic to something, please specify and indicate the medication you are taking and/or a particular diet you follow. if necessary please enclose doctor 's note*).

REQUIERE ALGUNA ALIMENTACIÓN ESPECIAL (*do you require special meals?*) YES _____ NO _____

ESPECIFICAR EN CASO AFIRMATIVO (*if so, please specify*): _____

TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO (*are you taking any medication?*): YES _____ NO _____

ESPECIFICAR LA FRECUENCIA DE LA TOMA. ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO (*if so, specify which medicine it is and how frequently it needs to be taken. Please enclose doctor 's note*).

OBSERVACIONES (*comments*): _____

Firma del Padre (*Father's signature*) Firma de la Madre (*Mother's signature*) Firma del Alumno (*Student's signature*)