



FICHA DE INSCRIPCIÓN - REGISTRATION FORM

DATOS PERSONALES DEL PROFESOR / PERSONAL TEACHER'S PROFILE

APELLIDOS (*surname*): _____

NOMBRE (*name*): _____

FECHA DE NACIMIENTO (*date of birth*): _____ EDAD (*age*) _____ HOMBRE (*male*) ___ MUJER (*female*) ___

DIRECCIÓN (*home address*): _____

EMAIL: _____ FACEBOOK: _____

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

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

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

DATOS PROFESIONALES / PROFESSIONAL PROFILE

CARGO QUE OCUPA EN EL COLEGIO (*actual position*): _____

FUNCIÓN QUE DESEMPEÑARÁ EN EL INTERSEK (*responsibility at interSEK*): _____

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA / FURTHER INFORMATION

ALERGIAS (*ALLERGIES*) 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*): _____

Lugar y fecha (*Place and Date*): _____ Firma del Profesor (*Teacher's Signature*): _____