

# Solicitud de Inscripción Jóvenes



(La solicitud de inscripción deberá ir acompañada de un depósito de 600€ en concepto de reserva. Para programas que superen los 4000€ consultar el importe de la reserva. Si desea contratar el seguro de anulación, el coste del mismo no está incluido en la reserva.)

## Datos del Participante

Nombre:	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Apellidos:	Fecha de nacimiento: (dd / mm / aaaa)	
País de Nacimiento:	Nacionalidad:	D.N.I.:
Domicilio:		E-mail:
Población:	Código Postal:	Provincia:
Teléfono Domicilio:	Móvil:	
¿Cómo has conocido AGNC?: <input type="checkbox"/> antiguo participante <input type="checkbox"/> familiar <input type="checkbox"/> amigos <input type="checkbox"/> internet <input type="checkbox"/> publicidad <input type="checkbox"/> academia <input type="checkbox"/> otro		
¿Estudias un idioma en algún centro? sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Nombre del centro:		

Conocimientos del Idioma:  Principiante  Elemental  Intermedio-Bajo  Intermedio  Intermedio-Alto  Avanzado

Problemas de salud\* ¿Padeces o has padecido algún tipo de alergia, tratamiento médico o sigues alguna dieta especial?  Si  No

\*Cualquier tipo de trastorno o incidencia física o psíquica, así como su historial y tratamiento, debe ser notificado por escrito a AGNC. Del mismo modo, debe ser notificada por escrito cualquier otra circunstancia del participante que pueda afectar al desarrollo del programa.

Nombre del Padre/Tutor:	D.N.I.:	Profesión:
Teléfono Trabajo:	Teléfono Móvil:	Email:
Nombre de la Madre/Tutora:	D.N.I.:	Profesión:
Teléfono Trabajo:	Teléfono Móvil:	Email:

## Datos del Programa

País Destino:	Ciudad Destino:	Centro Educativo:	
Fecha de Inicio: (dd / mm / aaaa)	Nombre del Programa:	Nº. de Semanas:	Nº. Lecciones / Horas Semanales:
<input type="checkbox"/> En Familia:	<input type="radio"/> Hab. Compartida <input type="radio"/> Hab. Individual <input type="radio"/> Baño Privado	Régimen Alimenticio <input type="radio"/> A/D <input type="radio"/> M/P <input type="radio"/> P/C	
Otras Demandas:	<input type="radio"/> Fumador/a <input type="radio"/> Vegetariano/a <input type="radio"/> Sin Perros	<input type="radio"/> Sin Gatos	<input type="radio"/> Sin Niños
<input type="checkbox"/> En Residencia/Piso:	<input type="radio"/> Hab. Compartida <input type="radio"/> Hab. Individual <input type="radio"/> Baño Privado	<input type="checkbox"/> Sin Alojamiento	

Observaciones/Comentarios: \_\_\_\_\_

- Contratación Seguro de Anulación  Hasta 3.000€  Hasta 6.000€  Hasta 9.000€  Hasta 18.000€  Superior a 18.000€
- Contratación Seguro de Asistencia Médica
- Contratación Traslado Desde Aeropuerto de Destino Hasta el Alojamiento
- Contratación Traslado Desde Alojamiento de Destino Hasta el Aeropuerto

en: _____ (ciudad) (dd / mm / aaaa)	_____
Firma del padre/madre o tutor	
Firmante declara haber leído, comprendido y aceptado las condiciones generales de AGNC que se adjuntan a esta solicitud.	
Firmante autoriza al menor del cual es representante legal a desplazarse al extranjero para realizar el programa contratado con AGNC.	
Firmante autoriza expresamente a AGNC a hacer pública su dirección de correo electrónico entre el resto de participantes del programa y al monitor acompañante.	