

# INSCRIPCIÓN

## EXCHANGE STUDENT APPLICATION

### Personal file / Ficha personal

Student's name / Nombre del Estudiante

Age / Edad

Course name / Nombre del Curso

PHOTO / FOTO

Mother's name / Nombre de la madre

Occupation / Ocupación

Mother's e-mail / E-mail de la madre

Mother's phone number / Teléfono de la madre

Father's name / Nombre del padre

Occupation / Ocupación

Father's e-mail / E-mail del padre

Father's phone number / Teléfono del padre

Address / Dirección

City / Ciudad

Zip Code / Código Postal

Names and ages of brothers / Nombres y edad de los hermanos

Names and ages of sisters / Nombres y edad de las hermanas

Applicant's place and date of birth / Lugar y fecha de nacimiento del alumno

Sex / Sexo

Height / Altura

Weight / Peso

Your hobbies and interests? / ¿Tus intereses y aficiones?

How many years did you study English? /  
¿Cuántos años has estudiado inglés?

What is your English proficiency level? / ¿Cuál es tu nivel de inglés?

Excellent /  
Excelente

☐

Good /  
Bueno

☐

Fair /  
Regular

☐

Poor /  
Pobre

☐

Are you allergic to something? / Tienes alguna alergia?

Yes / Sí

☐

No / No

☐

If yes, please specify which ones / En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

Do you like sports? / ¿Te gusta el deporte?

Which ones do you practice? / ¿Cuáles practicas?

Do you like pets? / ¿Te gustan las mascotas?

Which ones? / ¿Cuáles?

Date / Fecha

Applicant's signature / Firma del solicitante

## CONSENTIMIENTO Y DESCARGO DE PADRES PARA TRATAMIENTOS DE EMERGENCIA

Nosotros, \_\_\_\_\_

los padres de \_\_\_\_\_

Otorgamos aquí a la familia hospedadora y/o administradores escolares o tutores, la facultad de actuar en lugar de nuestro hijo/hija en caso de enfermedad o accidente, y aún, internarle, en caso de necesidad o emergencia en un hospital, y en caso de necesidad o emergencia otorgamos aquí, nuestro permiso para que él/ella sea operado/operada, y/o recibir anestesia, todo de acuerdo con los requerimientos del médico que atienda y de aquéllos del establecimiento sanitario. Esta autorización incluye la facultad de la familia hospedadora, y/o los administradores escolares o tutores para firmar cualquier documento requerido de nuestro hijo/hija, para recibir tratamiento o cuidado hospitalario, como también cualquier tratamiento o cuidado médico privado.

Asimismo acordamos que no realizaremos ni mantendremos ningún **convenio o contrato privado** con las familias hospedadoras, coordinadores y/o representantes de ICE S.L., en Canadá.

Está también reconocido y acordado, que ICE, S.L. se reserva el derecho de hacer cancelaciones, cambios o sustituciones por cualquier razón, en el mejor interés del grupo.

En consideración a mutuos convenios y promesas descargo aquí y renuncio a todas las declaraciones que pudiera tener contra ICE, S.L., sus administradores y/o tutores.

Date / Fecha

Place / Lugar

Father's signature / Firma del padre

Mother's signature / Firma de la madre

## AUTORIZACIÓN PARA EL USO DE IMÁGENES DEL ALUMNO

Estimadas familias:

Con el fin de compartir y dar visibilidad a las actividades realizadas durante el curso, solicitamos su autorización para utilizar fotografías en las que aparezca su hijo/a. Estas imágenes podrían publicarse en los canales oficiales del centro, incluyendo la página web y las redes sociales. Les pedimos que indiquen si otorgan su consentimiento para el uso de dichas fotografías exclusivamente con fines educativos, informativos y de difusión de las actividades del centro.

☐ **Sí**, autorizo el uso de imágenes de mi hijo/a en la web y redes sociales del centro.

☐ **No** autorizo el uso de imágenes de mi hijo/a.

Student's name / Nombre del Estudiante

Date / Fecha

Place / Lugar

Father's signature / Firma del padre

Mother's signature / Firma de la madre