INTERNATIONAL CULTURAL EXCHANGES

INSCRIPCIÓN
EXCHANGE STUDENT APPLICATION

Personal file / Ficha personal

PHOTO / FOTO

Student's name / Nombre del Estudiante

Age / Edad

School / Colegio

Mother's name / Nombre de la madre

Ocupation / Ocupación

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

Telephone / Teléfono

Father's name / Nombre del padre

Ocupation / Ocupación

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

Telephone / Teléfono

Address / Dirección

City / Ciudad

State / Estado

Zip Code / Código Postal

Names and ages of brothers / Nombre y edades de los hermanos

Names and ages of sisters / Nombre y edades de las hermanas

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

Sex / Sexo

Weight / Peso

Height / Altura

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

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

Is your English proficiency... / ¿Es tu habillidad en inglés...

Excellent? Excelente? ☐ **Good?** Buena? ☐ **Fair?** Regular? ☐ **Poor?** Pobre? ☐

Are you allergic to anything? / ¿Eres alérgico?

If so give details / ¿A qué?

Do you like sports? / ¿Te gustan los deportes?

Which ones do you practice? / ¿Cuáles practicas?

Do you like pets? / ¿Te gustan los animales domésticos?

Which ones? / ¿Cuáles?

Date / Fecha

Signature of applicant / 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

Signature of father / Firma del padre	Signature of mother / Firma de la madre