

SOLICITUD DE INSCRIPCION / APPLICATION FORM



Datos Personales del Profesor/ Personal Teacher's Profile

Apellidos/Surname: _____

Nombre/Name: _____

Fecha de nacimiento /Date of birth _____ / _____ / _____ Edad _____ Hombre _____ Mujer _____

Talla / Size: S / M / L / XL (Age) (Male) (Female)

Dirección / Address: _____

Localidad /City State _____ Zip/Code _____ País/Country _____

Teléfono/Phone _____ Nacionalidad /Nationality _____

Correo electrónico/email: _____

Colegio SEK del que procede/SEK School name _____

Datos Profesionales/ Professional profile

Cargo que ocupa en el Colegio/Actual Position _____

Asignatura que imparte/Subject _____

Función que desempeñará en GREEN WEEK _____

Responsibility at GREEN WEEK

Información Complementaria/Medical Information

Alergias Si _____ No _____

Allergies Yes _____ No _____

Especificar en caso positivo la alergia y el tipo de medicación necesaria o alimentación que requiere, si es necesario acompañar un certificado médico (If you are allergic please note what kind of allergy you have and the medication you are taking or type of food you need, if necessary, please enclose a doctor's note)

Requiere alguna alimentación especial Si/Yes _____ No/No _____

Do you require special meals?

Especificar en caso afirmativo/If yes, please specify

Toma algún tipo de medicamento Si/Yes _____ No/No _____

Are you taking any medication?

Especificar cuál y la frecuencia de la toma. Adjuntar certificado.

If yes, write down the frequency and the name of medicine, enclose a doctor's note.

Observaciones/Comments

Fecha/Date _____ Firma del Profesor _____

(Teacher signature)