

## SOLICITUD DE INSCRIPCION / APPLICATION FORM



### Datos Personales del Alumno/ Student Personal Profile

Apellidos/Surname: \_\_\_\_\_

Nombre/Name: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento /Date of birth \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_ Hombre \_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_  
(Age) (Male) (Female)

Talla / Size: S / M / L / XL

Dirección / Address: \_\_\_\_\_

Localidad /City State \_\_\_\_\_ Zip/Code \_\_\_\_\_ País/Country \_\_\_\_\_

Teléfono/Phone \_\_\_\_\_ Nacionalidad /Nationality \_\_\_\_\_

Correo electrónico de los padres/Email from parents \_\_\_\_\_

Colegio SEK del que procede/SEK School name \_\_\_\_\_

### Datos Familiares/ Family information

Nombre y Apellido del Padre \_\_\_\_\_ Profesión/Occupation \_\_\_\_\_  
(Father's name and surname)

Teléfono del Trabajo/Work Telephones \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido de la Madre \_\_\_\_\_ Profesión/Occupation \_\_\_\_\_  
(Mother's name and surname)

Teléfono del Trabajo/Work Telephones \_\_\_\_\_

### 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 indicate 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 encargado \_\_\_\_\_

(Parent's signature)