



Planilla de Inscripción

Usted se inscribe para:

Lengua: Francés Español Inglés

Una formación lingüística:

Presencial:
 1/1 Grupo

En línea Mixto

Una vacación lingüística

1/1 Grupo

Recibí una estimación detallada: Si No

* Si usted no recibió una estimación detallada, y el programa no está publicado en la página web o catálogo, no continúe la inscripción, telecargue el formulario de estudio de necesidades y contáctenos para obtener una estimación detallada.

Información personal

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ edad: ____ Nacionalidad _____

Genero: M F

Domicilio: _____

Código postal: _____ Ciudad: _____ País _____

Teléfono del domicilio: 00 () _____ Portátil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Fax: _____



6 Rue Torte 34660 Cournonterral

SIRET : 521 378 141 00019

Tél : 00(33) 4 67 73 66 32 – 00(33) 6 29 05 85 06

E-mail : _____@_____._____

Profesión: _____

Sí estudiante, ¿dónde? _____

Grado: _____ ciudad: _____ país: _____

Personas a contactar en caso de emergencia:

Apellido: _____ nombre: _____ Relación: _____

Teléfono del domicilio: 00() _____ Portátil: _____

Apellido: _____ nombre: _____ Relación: _____

Teléfono del domicilio: 00() _____ Portátil: _____

Información del representante legal: (Sólo para menores de edad)

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ edad: ____ Nacionalidad _____

Domicilio: _____

Código postal: _____ Ciudad: _____ País _____

Teléfono del domicilio: 00 () _____ Portátil: _____

Teléfono del trabajo: _____ Fax: _____

E-mail : _____@_____._____

Combo para las vacaciones

País: Francia USA España Venezuela

Otro: _____

Región/ciudad: _____

DOC' Langues

6 Rue Torte 34660 Cournonterral

SIRET : 521 378 141 00019

Tél : 00(33) 4 67 73 66 32 – 00(33) 6 29 05 85 06

Numero de horas por día: 10 15 20 25 otro: _____

Fecha(s): de _____ al _____ de _____ al _____

Numero de semanas: _____

Tipo de alojamiento:

Residencia/Aparta-hotel Pensión Cabaña Hotel

Cuarto individual cuarto doble En el domicilio del profesor

Sin alojamiento otro: _____

En línea

Nivel del idioma

Oral

Básico Principiante Intermedio Pre- Avanzado Avanzado

Escrito

Básico Principiante Intermedio Pre- Avanzado Avanzado

¿Ha estudiado el idioma extranjero, por cuánto tiempo?

_____.

¿Dónde ha estudiado el idioma extranjero?

_____.

¿Cómo conoció usted a Doc' Langues?

_____.

Salud

DOC' Langues

6 Rue Torte 34660 Cournonterral

SIRET : 521 378 141 00019

Tél : 00(33) 4 67 73 66 32 – 00(33) 6 29 05 85 06

¿Sufre usted de asma? Si No

¿Sufre usted de alergias? Si No

¿Qué alergias? _____

¿Cuáles son los síntomas durante una reacción alérgica?

¿Sigue usted una dieta especial?

Problemas de salud particulares:

Diabetes Si No

Hipertensión Si No

Otro: _____

¿Sigue usted algún tratamiento médico?

(Es importante tener una copia del récépé médico consigo durante sus vacaciones)

¿Fuma? Si No

¿Tolera usted los animales domésticos? Si No

Método de pago

- Pago la inscripción para un programa en Francia 45€ o 80€ para otro país.
- El total del programa es _____ €
- Pago un depósito de 30% _____ €
- Pagare el balance _____ al menos un mes antes del comienzo del programa
- Pago la garantía de anulación opcional Si No
- Pago 25€ por la garantía opcional por un programa inferior a 500€
- Pago 50€ por la garantía opcional superior a 500 €

DOC' Langues

6 Rue Torte 34660 Cournonterral

SIRET : 521 378 141 00019

Tél : 00(33) 4 67 73 66 32 – 00(33) 6 29 05 85 06

- Pago con cheque a la orden de Doc' Langues, y lo envío a 6 Rue Torte 34660 Cournonterral (solamente si es de un banco francés)
- Pago en línea usando paypal www.doclangues.fr (recibirá un email de confirmación)

Yo _____ hago constar que he sido notificado(a) de las condiciones de venta de la empresa, del programa escogido y especialmente de las condiciones de anulación. Certifico que he cancelado el depósito demandado para reservar mi formación de 30% del total y entiendo que el irrespeto de las leyes locales, del reglamento de la escuela, alojamiento y pólizas de la empresa entrenara mi inmediato regreso, o el de mi representado sin reembolso y a mi carga. Certifico que yo estoy o que mi representado está en buena salud física y mental para participar en el programa lingüístico escogido. Me hago responsable por cualquier reembolso de cargos extras tales como, pero no limitados a, llamadas telefónicas, Internet, daños a la propiedad privada que sean ocasionados durante el programa.

Ciudad _____ Fecha _____

Firma:

DOC' Langues

6 Rue Torte 34660 Cournonterral

SIRET : 521 378 141 00019

Tél : 00(33) 4 67 73 66 32 – 00(33) 6 29 05 85 06