Studienbrücke Heidelberg

Ficha de inscripción y médica

**Nombre:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**País:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Género:** mujer[ ]  hombre[ ]  trans[ ]

**Formulario de aplicación y médico**

*Padres de familia, por favor llenar este formulario electrónicamente y enviarlo como documento de word. La página 4 deberá ser impresa, firmada y digitalizada para envío junto con la ficha de inscripción llena.*

**Información personal del postulante**

Nombre completo (como en el pasaporte): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Escuela: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Fecha de nacimiento: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Nacionalidad: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Número de documento con el que viaja: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Fecha de vencimiento: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Lugar de Emisión: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Dirección de correo electrónico: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Información de los padres**

Nombre de la madre: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Teléfono fijo (con código de área): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Celular (con código de área): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Teléfono de trabajo (con código de área): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Dirección de correo electrónico: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Nombre del padre: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Teléfono fijo (con código de área): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Celular (con código de área): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Teléfono de trabajo (con código de área): Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Dirección de correo electrónico: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Persona preferida de contacto: Madre [ ]  Padre [ ]

Nombres y teléfonos adicionales para contacto durante el viaje: Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Nombre:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

**Información médica**

¿Toma algún medicamento regularmente? Sí [ ]  No [ ]

¿Cuál? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Alergias: Sí [ ]  No [ ]

¿Cuál? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

¿Cómo se manifiesta? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

¿Cómo se trata normalmente? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Alergia a algún medicamento: Sí [ ]  No [ ]

¿Cuál? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

¿Cómo se manifiesta? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

¿Cómo se trata normalmente? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

¿Durante los últimos dos años su hijo/hija ha tenido fiebre tifoidea, hepatitis, fiebre amarilla, malaria o enfermedades similares? Sí [ ]  No [ ]

¿Cuál? Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

¿Se aplicó la vacuna antitetánica? Sí [ ]  No [ ]

¿Se aplicó la vacuna contra la fiebre amarilla? Sí [ ]  No [ ]

¿Se aplicó otras vacunas? Sí [ ]  No [ ]

¿Cuáles?Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

¿Sufre de alguno de los problemas médicos enumerados a continuación o es probable que los tenga?

Asma/ Bronquitis [ ]  Arritmia [ ]  Diabetes [ ]

Laringitis [ ]  Sonambulismo [ ]  Transtorno neurológico [ ]

Sangrado nasal [ ]  Hipotermia [ ]  Amigdalitis [ ]

Otitis [ ]  Rinitis [ ]  Cólicos [ ]

¿Otros problemas médicos que se deben destacar? Sí [ ]  No [ ]  ¿Cuáles?Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

Restricciones debido a razones de salud:

¿Su hijo/hija es vegetariano? Sí [ ]  No [ ]

**Nombre:** Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

¿Su hijo/hija puede comer carne de cerdo? Sí [ ]  No [ ]

¿Su hijo/hija puede comer carne de res? Sí [ ]  No [ ]

¿Tiene otras restricciones de alimentos? Sí [ ]  No [ ]

¿Cuáles?

¿Su/hijo/a sabe nadar? Sí [ ]  No [ ]

Si tiene alguna otra información importante sobre su hijo/hija, por favor, anótela aquí.

Klicken Sie hier, um Text einzugeben.

En caso de una enfermedad preexistente, solicitamos que su hijo/hija traiga un certificado médico. Si se requiere algún tratamiento o la administración de medicamentos durante el viaje, adjunte sus instrucciones médicas. Este tratamiento no está cubierto por el seguro de salud contratado por el Goethe-Institut.

Con esta inscripción, los padres o tutores están de acuerdo en que sus hijos menores de edad puedan recibir tratamiento médico en caso de enfermedad, accidentes o casos en que la autorización previa no se pueda conseguir a tiempo. En situaciones de emergencia, este mismo consentimiento se aplica a la cirugía si los médicos opinasen que es absolutamente necesaria, y la autorización de los responsables no se pudiera solicitar a tiempo.

**Declaración**

Por la presente declaro que estoy de acuerdo en asumir la plena responsabilidad de mi hijo/hija, durante toda la duración del viaje. Soy consciente de que el Goethe-Institut y sus empleados y supervisores no se hacen responsables de los daños que se puedan producir en relación con la participación de menores en estos cursos. Estos daños son de mi responsabilidad. Esto no se aplica en caso de daños que amenacen la vida, la integridad física o la salud u otros daños incurridos como resultado de negligencia grave o dolo de un empleado o agente del Goethe-Institut.

Reconozco como vinculantes las condiciones asociadas de la beca y de la participación anexas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lugar y fecha |  | Firma del o los responsables\* |

\* Cuando solo un responsable firma, asegura el consentimiento del/ la otra responsable.