



Datos del alumno:

Nombre y apellidos: _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Edad: _____

Curso académico: _____



Nivel de inglés:

ELEMENTAL PRE-INTERMEDIO INTERMEDIO INTERMEDIO-ALTO AVANZADO

¿Ha realizado algún examen oficial recientemente? Si es así, indique cual: _____

¿Ha realizado algún programa similar? Si es así, indique cual: _____

¿Cómo nos ha conocido? _____

¿Tiene alguna enfermedad o alergia? ¿Cuál? _____

¿Toma alguna medicación? ¿Cuál? *(En caso afirmativo, debe adjuntar recetas y prescripciones del facultativo)*

Semana en la que está interesado participar:

26- 30 de junio 3- 7 julio 10- 14 julio 17- 21 julio 24- 28 julio

Observaciones:

DATOS DEL TUTOR LEGAL:

Nombre y apellidos: _____

Relación con el estudiante: _____ Email: _____

Teléfono móvil: _____ Teléfono fijo: _____

CLÁUSULA PARA FORMULARIO DE RECOGIDA DE DATOS DE CLIENTES PROVEEDORES

De acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, doy mi consentimiento/consiento que estos datos sean incluidos en el fichero de Clientes y/o proveedores del que es titular ATLANTIK ENGLISH S.L., que puedan ser utilizados con las finalidades de Gestión de clientes, Contable, Fiscal y Administrativa, Publicidad y Prospección comercial y podrán ser cedidos a organizaciones o personas directamente relacionadas con el responsable, Administración tributaria, Bancos, Cajas de ahorros y Cajas rurales, Administración pública con competencia en la materia.

Declare a sí mismo estar informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podrá ejercitar en el domicilio social de ATLANTIK ENGLISH en ANGEL

REBOLLO, 11 – BAJO, 15002 A CORUÑA (LA CORUÑA)

CIF: B15949878