

FICHA DE INSCRIPCION

MODE DE RESERVA Y PAGO

- Transferencia bancaria a CULTUR SL. Swift/BIC:BKBKESMMA.
IBAN: ES09 0128 0260 2805 00000523 sin gastos para CULTUR SL.
- Reenviar este documento a Cultur una vez formalizada la inscripción.
- Antes de la salida, recibirás una factura y los datos del alojamiento y familia.

Adjuntar con este documento una fotografía de carnet reciente.

INFORMACIÓN PERSONAL

Fechas de la Estancia: _____

Nombre y Apellidos: _____

Dirección: _____

C.P. _____ Ciudad: _____ País: _____

Teléfono: _____ Móvi: _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: F M

DNI: _____ Email: _____

Persona de contacto en caso de urgencia: Sr./Sra: _____

Teléfono/Móvil: _____

Intereses, aficiones: _____

NIVEL DE ESTUDIOS EN FRANCÉS

Años de estudios de Francés: _____ Nivel (redondear el correspondiente): A1 A2 B1 B2 C1

SERVICIOS OPCIONALES PARA EL VIAJE

Necesito un transporte de Ida Vuelta de la estación/aeropuerto de: _____ a Salamanca.

Necesito un acompañante de CULTUR SL, para: Ida Vuelta

FICHA SANITARIA

Alergias: _____

Tratamientos médicos durante las fechas de la estancia: _____

Problemas de salud relevantes (enfermedades, accidentes, crisis, operaciones, prótesis... _____

No olvidar la tarjeta sanitaria europea de la seguridad social o póliza privada.

SALIDAS NOCTURNAS

Hora límite de regreso: 20:00h de Lunes a Viernes. Yo autorizo a mi hijo/a a salir por la tarde los fines de semana hasta las _____ horas.

AUTORIZACIÓN PATERNA

Firma del participante:

Firma de los padres o representantes legales:

Fecha: _____



FICHA SANITARIA & URGENCIAS MÉDICAS

- Los padres de un menor de 18 años deben, obligatoriamente, firmar la autorización que figura a continuación para que, en caso de urgencia, el tratamiento médico necesario pueda ser administrado. Sin esta autorización, una intervención médica o cirugía de urgencia no podrá ser efectuada.
- Es obligatorio informar a la agencia Cultur antes de la llegada del estudiante de los tratamientos médicos que precise y de adjuntar el correspondiente informe médico.

SI SU HIJO/A :

- RECIBE UN TRATAMIENTO MÉDICO, AGRADECEMOS NOS INDIQUE LOS MEDICAMENTOS PRESCRITOS
- TIENE ALERGIAS CONOCIDAS
- TIENE UN RÉGIMEN ALIMENTARIO ESPECIAL
- NO PUEDE PARTICIPAR EN LAS ACTIVIDADES ORGANIZADAS POR LA AGENCIA

AUTORIZACIÓN DE HOSPITALIZACIÓN

YO (abajo firmante) APELLIDOS:..... NOMBRE:

PARENTESCO: CON DOMICILIO EN:

REPRESENTANTE LEGAL DE: APELLIDOS:..... NOMBRE:

FECHA NAC.:, AUTORIZO A LA AGENCIA CULTUR SL A ACOMPAÑAR Y HOSPITALIZAR A MI HIJO/A, EN CASO DE NECESIDAD, DURANTE LA ESTANCIA QUE TENDRÁ LUGAR: (FECHA DE LA ESTANCIA) DE AEN (LUGAR DE LA ESTANCIA).....

ESTA HOSPITALIZACIÓN PODRÁ LLEVARSE A CABO EN EL HOSPITAL (PÚBLICO O PRIVADO) MÁS ADAPTADO A CADA NECESIDAD.

Firma de la Madre:

Firma del Padre:

Fecha: _____



PROTECCION DE DATOS

CULTUR S.L. (con CIF B-37272200), como responsable de tratamiento, le informamos que tratamos la información que nos facilita con el fin de prestarle el servicio solicitado y realizar la gestión, administración y facturación del mismo, y se conservarán mientras se mantenga la relación comercial o durante los años necesarios para cumplir con las obligaciones legales.

CULTUR S.L., necesita su autorización, de manera expresa e inequívoca, para captar y utilizar las imágenes en las que aparezca grabado o fotografiado, individualmente o en grupo, así como para su montaje y edición con la finalidad de ser publicadas y expuestas a través de sus canales de comunicación interna y externa, tales como:

- La página web y redes sociales de CULTUR S.L.
- Filmaciones o fotografías destinadas a difusión no comercial.
- Fotografías para periódicos, revistas o publicaciones, cartelería o folletos publicitarios... de ámbito local, comarcal o nacional
- Grupos de Whatsapp creados por CULTUR S.L.

- Sí presto mi consentimiento para la utilización de mi imagen
 NO presto mi consentimiento para la utilización de mi imagen

El fin del tratamiento será publicitario, comercial o informativo de CULTUR S.L.

El plazo de la cesión de los derechos de imagen y voz será por tiempo indefinido, de forma gratuita y sin límite en su ámbito territorial. CULTUR S.L. cuidará de que la captación y utilización de las imágenes no atente contra la dignidad ni el derecho al honor de las personas, ni contra la moral y el orden público, en los términos establecidos en la legislación vigente. Esta autorización de utilización del contenido grabado y de mi imagen, se hace al amparo de lo dispuesto en la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, de Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen, así como de la Normativa de Protección de Datos Personales.

CULTUR S.L. requiere igualmente autorización por parte del interesado, tutor o representante legal para la creación de posibles grupos de whatsapp con fines informativos.

- Sí presto mi consentimiento para introducir mi número personal en grupos de whatsapp
 NO presto mi consentimiento para introducir mi número personal en grupos de whatsapp

Asimismo, CULTUR S.L. informa que sus datos de contacto podrán ser cedidos a terceras empresas con el fin de prestarle el servicio solicitado (agencias de viajes, aseguradoras..) así como aquellas relacionadas con los servicios que presta o decida prestar en futuro CULTUR S.L. para el envío de información.

Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y otros derechos en la siguiente dirección: CULTUR S.L., B-37272200, C/ SANTA MARIA DE LA BLANCA 15, 37008 - SALAMANCA, o en el mail cultur@cultur.es, así como solicitar la información adicional sobre protección de datos

En _____, a _____ de _____ de 20____

FIRMADO: _____