**Ficha de inscripción**

**ALUMNO**:

NOMBRE.......................................................... APELLIDOS.....................................................

NACIONALIDAD.................................. FECHA DE NACIMIENTO........../............/.................

EDAD..........................SEXO.................... PASAPORTE Nº ......................................................................

DIRECCIÓN............................................................................... CIUDAD..................................................

CP..................................................................................PAÍS......................................................................

**RESPONSABLE PADRE/MADRE:**

NOMBRE ......................................................... APELLIDOS.....................................................

NACIONALIDAD.................................. FECHA DE NACIMIENTO........../............/.................

EDAD..........................SEXO.................... PASAPORTE Nº .................................................................

DIRECCIÓN............................................................................... CIUDAD..................................................

CP..................................................................................PAÍS.......................................................................

**FICHA MÉDICA**

ESTADO DE SALUD ACTUAL.................................................................................................

ENFERMEDADES................................................................................................................................

ALERGIAS ALIMENTICIAS…...................................................................................................................

OTRAS ALERGIAS.......................................................................................................................................

ALERGIA A MEDICAMENTOS ..............................................................................................

DISCAPACIDAD.......... ...............................................................................................................

¿MEDICACIÓN? ¿CUÁLES? .....................................................................................................................

OTRAS OBSERVACIONES........................................................................................................................

**PAGO**

El pago debe ser realizado mediante transferencia bancaria. Con un plazo máximo a 30 días antes del programa contrato.

PRECIO TOTAL EUROS

-----------€-------------

Estoy de acuerdo con las condiciones de contratación de CEIAM

FIRMA:

....................................................................

**Forma de pago:**

Transferencia bancaria

Banco: CAJADEAHORROSYPENSIONESDE BARCELONA “LA CAIXA”

Swift Code & BIC: CAIXESBBXXX

titular: Sociedad Pedagogica Ausias March BANK

Moneda: (€)) EUROS

IBAN : ES27 2100 4552 7802 0005 7664

**CONCEPTO**

[NOMBRE] [PROGRAMA]

**CONDICIONES GENERALES**

CEIAM es el departamento internacional de un grupo formado por 7 colegios privados en España. CEIAM es miembro de las siguientes organizaciones: INSTITUTO CERVANTES, FEDELE, EFQM, CAMARA DE COMERCIO y Save the Children.

**MATRICULACION**  
Para proceder a la matriculación es necesario completar el formulario de inscripción y ser enviado a: [info@ceiam.com.es](mailto:info@ceiam.com.es) / [lbermell@ceiam.com.es](mailto:lbermell@ceiam.com.es)

Además debe de realizarse el pago del 20% del importe total del programa. La solicitud de inscripción en el programa no se procesará si no va acompañada del comprobante de haber realizado el pago en la siguiente cuenta bancaria:

CUENTA BANCARIA EUROS Nombre del banco: CAJA DE AHORROS Y PENSIONES DEBARCELONA "LA CAIXA" CCC 2100-4552-78-0200057664

IBAN ES27 2100 4552 7802 0005 7664

BIC / CODIGO SWIFT CAIXESBBXXX

**PLAZOS Y CONDICIONES DE CANCELACIÓN:**

Las tarifas del programa seleccionado deben de pagarse en su totalidad antes de los 30 días de la fecha de llegada. La cancelación realizada con posterioridad dentro de esos 30 días, no dará lugar al reembolso de la cuota transferida.

**CONDICIONES DE CANCELACIÓN:**

Si la cancelación del programa procede por parte de CEIAM, el cliente tendrá derecho al reembolso total del importe entregado.

**PROCEDIMIENTO DE PAGO**

Todos los pagos han de realizarse a través de una transferencia bancaria a nombre de:

Sociedad Pedagogica Ausias March

BANK ACCOUNT (€)) EUROS

IBAN number ES27 2100 4552 7802 0005 7664

Con el posterior envío de la copia de transferencia a : [info@ceiam.com.es](mailto:info@ceiam.com.es) / [lbermell@ceiam.com.es](mailto:lbermell@ceiam.com.es)

**INFORMACIONES ÚTILES Visados ​​a España** • los ciudadanos de los países miembros a la Unión Europea no necesitan visado para entrar en España. • Los estudiantes procedentes de otros países deben obtener información sobre los requisitos para obtener un visado. En la embajada o consulado más cercano.

**SEGURO MÉDICO** • Todos los estudiantes están obligados a contratar los seguros de viaje, accidentes y responsabilidad civil en el país de origen. Bajo ninguna circunstancia los estudiantes serán aceptados sin el seguro de viaje en vigor. El seguro de viaje debe ser indicado por el propio colegio/agencia de origen.

**USO DE IMAGEN DE LOS CLIENTES**, CEIAM se reserva el derecho de usar material fotográfico en el cual el participante aparece en el programa, siempre que no haya oposición previa expresada por el cliente. Sin embargo, la autorización a la que nos referimos puede ser revocada por el cliente en cualquier momento.

**RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS Y JURISDICCIÓN**: Cualquier disputa relacionada con los programas será resuelta por los tribunales bajo la ley aplicable. Esto denuncia cualquier otra forma de resolución de litigios (órganos administrativos, arbitraje, etc.). Para cualquier conflicto que pueda surgir entre las partes en relación con la interpretación, conclusión y ejecución de este contrato, estará sujeto a la jurisdicción de los jueces y tribunales de España, donde dichos servicios se prestan. ACUERDO al firmar el formulario de inscripción o pagar las tasas del programa, el alumno acepta todas las condiciones descritas en este contrato.  
  
Estoy de acuerdo con las condiciones de CEIAM

Fecha y Firma del responsable:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_