

APELLIDOS: _____

NOMBRE: _____ DNI-NIE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ años

DIRECCIÓN: _____

CÓDIGO POSTAL: _____ CIUDAD: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

EMAIL (EN MAYÚSCULAS): _____

ESTUDIOS/PROFESIÓN: _____

Cómo nos ha conocido: publicidad recomendación antiguo alumno exámenes DELF-DALF
 redes sociales pasando delante del centro otro _____

Imágenes/videos

- No deseo que mi hijo/a sea fotografiado/a y/o grabado/a
- Pueden fotografiar/grabar a mi hijo/a pero no quiero que hagan públicas las imágenes
- Pueden fotografiar/grabar a mi hijo/a y pueden usar la fotografía pero no quiero que su rostro se haga público (se publicará la foto pero se pondrá un emoticono delante del rostro o estará borroso)
- Pueden fotografiar a mi hijo/a y acepto que su rostro sea público (página web, redes sociales...)

Salidas

- Autorizo a que mi hijo/a salga fuera del centro para realizar una actividad
- No autorizo a que mi hijo/a salga fuera del centro para realizar una actividad

Alergias

- Mi hijo/a tiene alergia o intolerancia a _____
- Mi hijo/a no tiene alergia ni intolerancia

Comidas / bebidas

- Mi hijo/a puede comer o beber de todo
- No quiero que mi hijo/a coma ni beba _____

Mi hijo/a requiere necesidades especiales (dislexia, medicación...) _____

Datos bancarios para transferencia: Banco Sabadell—Alliance Française de Lleida / ES62 0081 0118 2200 0138 2541
Indicar nombre del alumno y el número de semanas

Lleida, el de de 2018

**Nombre—Apellidos—DNI/NIE— Firma
del representante legal del alumno**

Firma y sello de Alliance Française de Lleida