



Daniel Comboni #850 ■
 Col. Jardines de Guadalupe ■
 Zapopan, Jalisco. México. C.P. 45030 ■
 Tels: 36202423 con 7 líneas ■
www.sekmexico.com ■
www.sek.net ■
sekguadalajara@sekmexico.com ■

Solicitud de Inscripción INTERSEK Deportivo Mundial 2017 Registration Form

APELLIDOS _____
 (SURNAME)

NOMBRE _____
 (NAME)

FECHA DE NACIMIENTO ____ / ____ / ____ EDAD ____ VARÓN ____ MUJER ____
 (DATE OF BIRTH) (AGE) (MALE) (FEMALE)

DIRECCIÓN _____
 (FAMILY ADDRESS)

EMAIL _____ FACEBOOK _____ TWITTER _____

LOCALIDAD _____ ZIP _____ PAIS _____
 (CITY / STATE) (ZIP CODE) (COUNTRY)

TELÉFONO _____ NACIONALIDAD _____
 (PHONE) (NATIONALITY)

COLEGIO SEK DEL QUE PROCEDE _____
 (SEK SCHOOL NAME)

DATOS FAMILIARES / FAMILY INFORMATION

NOMBRE Y APELLIDOS DEL PADRE _____ PROFESIÓN _____
 (FATHER 'S NAME AND SURNAME) (OCUPATION)

NOMBRE Y APELLIDOS DE LA MADRE _____ PROFESIÓN _____
 (MOTHER 'S NAME AND SURNAME) (OCUPATION)

TELÉFONOS DEL TRABAJO _____
 (WORK PHONE NUMBER)

NÚMERO DE HERMANOS _____ Y EDADES _____
 (NUMBER OF BROTHERS AND SISTERS AND THEIR AGES)

HOBBIES Y ACTIVIDADES DE LA FAMILIA _____
 (FAMILY HOBBIES AND PASTIME ACTIVITIES)

INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA / FURTHER INFORMATION

ALERGIAS SI ____ NO ____
 ALERGIES YES NO

ESPECIFICAR EN CASO POSITIVO EL TIPO DE ALERGIA EXISTENTE Y EL TIPO DE MEDICAMENTO NECESARIO Y/ O DE ALIMENTACIÓN QUE REQUIERE. (EN CASO NECESARIO, ENVIAR UN CERTIFICADO MÉDICO)
 IF YOU ARE ALERGIC TO SOMETHING, PLEASE SPECIFY AND INDICATE THE MEDICATION YOU ARE TAKING AND/OR A PARTICULAR DIET YOU FOLLOW. IF NECESSARY PLEASE ENCLOSE DOCTOR 'S NOTE.

REQUIERE ALGUNA ALIMENTACIÓN ESPECIAL SI ____ NO ____
 (DO YOU REQUIRE SPECIAL MEALS?) YES NO

ESPECIFICAR EN CASO AFIRMATIVO
 IF SO, PLEASE SPECIFY _____

TOMA ALGÚN TIPO DE MEDICAMENTO SI ____ NO ____ ARE YOU TAKING ANY MEDICATION? YES ____ NO ____
 ESPECIFICAR LA FRECUENCIA DE LA TOMA. ADJUNTAR CERTIFICADO MÉDICO.

IF SO, SPECIFY WHICH MEDICINE IT IS AND HOW FREQUENTLY IT NEEDS TO BE TAKEN THE. PLEASE ENCLOSE DOCTOR 'S NOTE.

OBSERVACIONES / COMMENTS

Firma del Padre _____ Firma de la Madre _____ Firma del Alumno _____
 (Father's signature) (Mother's signature) (Student's signature)