



### REGISTRO INDIVIDUAL

Apellido: ..... Nombre: .....

Fecha de nacimiento: ..... Género: .....

Nacionalidad: ..... NIF/NIE: .....

Dirección: .....

Código postal ..... Ciudad: .....

Teléfono: ..... Teléfono móvil: .....

E-mail: .....

Tratamientos especiales médicos (fármacos, alergias ...):  
.....

Alergias alimentarias:  
.....

Yo, ..... representante legal con DNI.....,  
autorizo a mi hijo o mi hija ..... del curso ..... a  
participar en las movilidades del proyecto Erasmus +.

Firmas.

Alumno/a: ..... Representante legal: .....