



# CREA TU PROPIA HISTORIA

## Solicitud Preliminar

Llena electrónicamente o usa letra de molde claramente legible, en tinta negra.

### TIPO DE PROGRAMA:

Año Escolar   
Público   
Privado

Semestre   
Público   
Privado

3 Meses   
Público   
Privado

Salida \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año

Nombre de tu representante \_\_\_\_\_

Nombre completo \_\_\_\_\_ Sexo: M  F

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Teléfono ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

Nombre completo del Padre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

E-mail \_\_\_\_\_ Celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre completo de la Madre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: 

Día	Mes	Año
-----	-----	-----

E-mail \_\_\_\_\_ Celular ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Nombre de tu escuela actual \_\_\_\_\_ ¿En qué año vas? \_\_\_\_\_

Promedio actual \_\_\_\_\_ Promedio del año pasado \_\_\_\_\_ ¿Has estudiado un idioma extranjero? \_\_\_\_\_

Si tu respuesta fue afirmativa: ¿Cuáles y por cuántos años? \_\_\_\_\_

¿Cuál es tu nivel de Inglés? Alto \_\_\_\_\_ Medio \_\_\_\_\_ Bajo \_\_\_\_\_

¿Tienes problemas de salud o discapacidades? \_\_\_\_\_ ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

¿Fumas? \_\_\_\_\_ ¿Sufres alguna alergia? \_\_\_\_\_ ¿Tomas algún medicamento? \_\_\_\_\_

### Indica el país de elección:

Europa:  
Alemania \_\_\_\_\_  
Francia \_\_\_\_\_  
Italia \_\_\_\_\_  
Gran Bretaña \_\_\_\_\_  
Irlanda \_\_\_\_\_  
Belgica \_\_\_\_\_  
Portugal \_\_\_\_\_

Canadá:  
Angloparlante \_\_\_\_\_  
Francoparlante \_\_\_\_\_  
America:  
Estados Unidos \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

Asia/Pacífico:  
Japón \_\_\_\_\_  
Tailandia \_\_\_\_\_  
China \_\_\_\_\_  
Nueva Zelanda \_\_\_\_\_  
Australia \_\_\_\_\_

¿De quién fue la iniciativa de que participaras en el programa? \_\_\_\_\_

¿Por qué quieres ser Estudiante de Intercambio? \_\_\_\_\_

Una vez impresa, avala con tu firma la veracidad de la información que nos has proporcionado:

Firma del solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma de la Madre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_