**SOLICITUD DE MOVILIDAD ERASMUS CURSO 2017/18**

Nombre alumno/a:

DNI/NIF/NIE:

Edad:

Dirección:

Ciudad: código postal:

Provincia:

Teléfono fijo: teléfono móvil:

Discapacidad:

Alergias/intolerancias:

Tratamientos médicos:

CICLO FORMATIVO:

DATOS ACADÉMICOS:

1. NOTA MEDIA 1º CURSO:
2. NIVEL DE IDIOMAS:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **IDIOMAS** | **NIVEL (MCE)** | **CERTIFICADO** |
| INGLÉS |  |  |
| FRANCES |  |  |
| ITALIANO |  |  |
| ALEMÁN: |  |  |
| OTROS |  |  |

3: PROGRAMAS DE MOVILIDAD ANTERIORES:

SI/NO

CENTRO / EMPRESA

PAÍS

PAÍS DE ELECCIÓN:

POLONIA (POLANISHKA DROJ)

ITALIA (TURÍN)

OTROS