

HEALTH INFORMATION

1. DO YOU HAVE ANY ALLERGIES (TO HOUSEHOLD PETS OR OTHER) OR CHRONIC AILMENTS? If yes, please describe
2. DO YOU HAVE ANY SPECIAL DIETARY NEEDS? If yes, please describe
3. DO YOU HAVE ANY PHYSICAL LIMITATIONS THAT WOULD REQUIRE SPECIAL ATTENTION OR SERVICES? Yes No
Please provide a letter from a medical professional outlining the details of your condition
4. ARE YOU PRESENTLY UNDER TREATMENT FOR ANY MENTAL OR EMOTIONAL MATTERS? If yes, please describe
5. ARE YOU PRESENTLY TAKING ANY PRESCRIPTION MEDICATION ON A REGULAR BASIS? If yes, please list and state purpose
6. DO YOU HAVE ANY SPECIAL CONDITIONS THAT MAY AFFECT YOUR ACCEPTANCE INTO THE PROGRAM? If yes, please describe
7. Studying Abroad requires a great deal of physical mobility. Do you feel you are able to perform the essential functions of studying abroad without any special requirements? Yes No
If no, please provide a separate statement outlining your special requirements

By signing below I acknowledge that I have read, understood and agree to all of the information, rules and guidelines set forth in this application. I also certify that the details I provided in this section are true.

Signature of Applicant

Date

I certify that I am the parent or legal guardian of the Applicant, and that I have read understood and agree to all of the information, rules and guidelines set forth in this application. I also certify that the details I provided in this section are true.

Signature of a Parent/Guardian if Applicant is under 18 years of age

Date

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

1. ¿TIENE ALGUNA ALERGIAS? (A ANIMALES DOMÉSTICOS U OTROS) O DOLENCIA CRÓNICA? Si la respuesta es sí, por favor descríbala
2. ¿TIENE ALGUNA DIETA ESPECIAL? Si la respuesta es sí, por favor descríbala
3. ¿TIENE ALGUNA LIMITACIÓN FÍSICA QUE REQUIERA ATENCIÓN ESPECIAL O SERVICIOS? Sí No
Por favor, proporcione una carta de un profesional de la medicina que establezca las condiciones de su condición.
4. ¿SE ENCUENTRA BAJO TRATAMIENTO POR ALGÚN ASUNTO EMOCIONAL O MENTAL? Si la respuesta es sí, por favor descríballo
5. ¿ESTÁ USTED TOMANDO ALGÚN MEDICAMENTO CON RECETA DE FORMA REGULAR? Si la respuesta es sí, enumérelas y diga para qué las está tomando
6. ¿TIENE ALGUNA CONDICIÓN ESPECIAL QUE PUEDA AFECTAR A SU ACEPTACIÓN EN EL PROGRAMA? Si la respuesta es sí, por favor descríbala
7. Estudiar en el Extranjero requiere una gran cantidad de la movilidad física. ¿Cree que es capaz de realizar las funciones esenciales de estudiar en el extranjero sin ningún requisito especial?
 Sí No
Si no, por favor proporcione una declaración por separado en la que describa sus requerimientos especiales

Al firmar abajo, reconozco que he leído, entendido y estoy de acuerdo con toda la información, normas y directrices establecidas en la presente solicitud. También certifico que la información que proporcioné en esta sección es verdadera.

Firma del solicitante

Fecha

Yo certifico que soy el padre o tutor legal del solicitante, y que he leído entendido y estoy de acuerdo con toda la información, las normas y directrices establecidas en la presente solicitud. También certifico que la información que proporcioné en esta sección es verdadera.

Firma del padre / tutor si el solicitante es menor de 18 años de edad

Fecha