



\_\_\_\_\_

Affiliated Organization or Person

\_\_\_\_\_

City, State

Brazil

Country

NAME \_\_\_\_\_

FAMILY FIRST MIDDLE

PARENT'S NAME (IF MINOR) \_\_\_\_\_

MAILING ADDRESS \_\_\_\_\_

CITY \_\_\_\_\_ STATE \_\_\_\_\_ ZIP CODE \_\_\_\_\_

COUNTRY \_\_\_\_\_ PHONE \_\_\_\_\_

EMAIL STUDENT \_\_\_\_\_

EMAIL FATHER \_\_\_\_\_ EMAIL MOTHER \_\_\_\_\_

DATE OF BIRTH \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ AGE \_\_\_\_\_

Month (Write name) Day Year

COUNTRY OF BIRTH \_\_\_\_\_ CITIZENSHIP \_\_\_\_\_

NATIVE LANGUAGE \_\_\_\_\_

OTHER LANGUAGE YOU SPEAK \_\_\_\_\_

ENGLISH LEVEL Advanced

SEX:  MALE  FEMALE

PLEASE LIST YOUR ACTIVITIES AND INTERESTS, INCLUDING SPORTS, HOBBIES, PARTICIPATION IN RELIGIOUS, SCHOOL OR PROFESSIONAL GROUPS, TRAVEL, ETC.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DO YOU HAVE ANY ALLERGIES, DIETARY OR PHYSICAL RESTRICTIONS OR OTHER MEDICAL PROBLEMS? No Yes IF YES, PLEASE DESCRIBE (ATTACH COPY OF PRESCRIPTION IF TAKING PRESCRIPTION MEDICINE, AND/OR DETAILED DESCRIPTION OF ANY MEDICAL PROBLEM WHICH IS OUT OF ORDINARY.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBER OF PERSON TO CONTACT IN CASE OF EMERGENCY

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ PHONE Same Phone \_\_\_\_\_

T-SHIRT SIZE (XL, L, M, S) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Curso de Janeiro

Page two

\_\_\_\_\_ Curso de Julho

Application form

## AGREEMENT

Phil Young's English School reserves the right to dismiss from the program any individual whose health requires this action, or whose conduct is improper to the school, the host school, the host family or community. Such conduct includes improper use of drugs, unacceptable sexual behavior, excessive drinking, or other inappropriate behavior. In the event that any individual is dismissed from the program and repatriated early to his or her home country, whether alone or accompanied the individual or his or her parents (or guardians) will be responsible for all expenses above those covered by the regular program fee. I acknowledge that I have read, understood and accepted all of the information contained in Phil Young's English School's folder and attached papers, including the information on health insurance. I acknowledge that I understand the costs of the program and agree to accept full responsibility for the total expense. I also certify that I have fully informed Phil Young's English School of any health restrictions of the applicant and that the applicant's health will allow uninterrupted and complete participation in the program. In the event the participant becomes ill or has an accident and requires emergency medical treatment, I authorize whatever medical treatment is deemed necessary, including the administration of an anesthetic and surgery. (Parent/Guardian must also sign.)

## ACORDO

Phil Young's English School se reserva o direito de desligar do programa qualquer indivíduo cuja saúde requeira esta ação, ou cuja conduta seja imprópria para com a escola, a universidade, a família anfitriã ou comunidade. Esta conduta inclui uso impróprio de drogas, comportamento sexual inaceitável, consumo em excesso de bebidas alcoólicas, compra posse ou uso de bebidas alcoólicas por menores, ou outro comportamento inapropriado. No eventual desligamento do indivíduo e conseqüente envio do mesmo ao seu país de origem, seja sozinho ou acompanhado, ele ou seus pais (ou responsáveis) arcarão com todas as despesas além das regularmente cobradas pelo programa. Declaro que li, entendi e aceitei toda as informações contidas nos folhetos e papéis anexos da Phil Young's English School, incluindo as informações sobre o seguro saúde. Estou ciente dos custos dos programa, entendo e me responsabilizo pelo pagamento total dos mesmos. Também certifico que informei Phil Young's English School sobre qualquer problema de saúde do participante e que a saúde do participante permitirá que ele/ela faça o programa de maneira completa e ininterrupta. Caso o participante fique doente ou sofra acidente que requeira tratamento médico emergencial, autorizo qualquer tratamento julgado como sendo necessário, incluindo a administração de anestésicos e cirurgia.

Estou ciente que é de minha responsabilidade a aquisição e verificação/conferência das passagens aéreas. Estou ciente de que o depósito de dez por cento do custo total do programa escolhido não é devolvido, exceto no caso de recusa do visto americano. Caso haja cancelamento ou desistência de minha parte a menos de 30 dias do início do curso, haverá, além do depósito acima, uma multa de USD 200,00 (duzentos dólares norteamericanos). No caso de abandono do programa ou desistência do mesmo após o início do curso, nenhum valor pago será devolvido.

\_\_\_\_\_  
Aluno, letra de forma

\_\_\_\_\_  
Aluno, assinatura

\_\_\_\_\_  
Pai ou mãe, letra de forma

\_\_\_\_\_  
Pai ou mãe, assinatura

\_\_\_\_\_  
Data, favor escrever o nome do mês