

ADVENTURES BOOKING FORM



ANTARCTIC AIRWAYS



DAP

1.- GENERAL INFORMATION

FULL NAME
NOMBRE COMPLETO

PASSPORT Nº
Nº PASAPORTE

DATE OF BIRTH
FECHA DE NACIMIENTO

GENDER
GÉNERO

NATIONALITY
NACIONALIDAD

LANGUAGE
IDIOMA

AGE
EDAD

WEIGHT
PESO

HEIGHT
ESTATURA

BLOOD TYPE
GRUPO SANGUÍNEO

SHOE SIZE
Nº DE CALZADO

JACKET SIZE
TALLA DE PARKA

PROGRAMM
PROGRAMA

OVERNIGHT

FULL DAY

PROGRAMM DATE
FECHA DE PROGRAMA

ROOM TYPES
TIPO DE HABITACIÓN

SINGLE



DOUBLE



DOUBLE TWIN



EMAIL
EMAIL

WHATSAPP NUMBER
Nº CONTACTO DE WHATSAPP

FLIGHT SCHEDULE: ARRIVAL
HORARIOS DE VUELO: LLEGADA

DEPARTURE
PARTIDA

INSURANCE PROVIDER

PROVEEDOR DE SEGUROS

NAME	PHONE NUMBER	EMAIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

EMERGENCY CONTACT

CONTACTO DE EMERGENCIA

NAME	PHONE NUMBER	EMAIL
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2.- DO YOU HAVE A CONDITION THAT HINDERS YOUR COMPLETE MOBILITY?

¿TIENE ALGUNA CONDICIÓN QUE DIFICULTE SU COMPLETA MOVILIDAD?

YES	NO	DETAILS
-----	----	---------

HAVING A CONDITION OF REDUCED MOBILITY DOES NOT KEEP YOU FROM TRAVELING, BUT KNOWING YOUR SITUATION WILL HELP US TO BETTER ADAPT THIS PROGRAM TO YOUR CAPABILITIES.

TENER UNA CONDICIÓN DE MOVILIDAD REDUCIDA NO LO EXCLUYE DE VIAJAR, PERO SABER SU CONDICIÓN AYUDARÁN A ADAPTAR ESTE PROGRAMA A SUS CAPACIDADES.

3.- DO YOU HAVE ANY FOOD RESTRICTIONS/ALERGIES?

¿TIENE ALGUNA RESTRICCIÓN ALIMENTARIA/ALERGIAS?

YES	NO	DETAILS
-----	----	---------

4.- OBSERVATIONS

OBSERVACIONES

I DECLARE THAT EVERYTHING I STATED IN THIS FORM IS TRUE AND THEREFORE, I RELEASE ANY RESPONSIBILITY ON DAP FOR ANY UNINTENDED MEDICAL SITUATIONS THAT MAY OCCUR DURING MY ANTARCTIC VISIT.

DECLARO QUE TODO LO QUE AFIRMÉ EN ESTE FORMULARIO ES VERDAD Y POR LO TANTO, LIBERO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD A DAP POR CUALQUIER SITUACIÓN MÉDICA QUE PUEDA OCURRIR EN ESTA VISITA ANTÁRTICA.

SIGNATURE

FIRMA