

FULL DAY ANTARCTICA BOOKING FORM



1.- GENERAL INFORMATION

FULL NAME

Nombre completo _____

PASSPORT N° / N° Pasaporte _____ DATE OF BIRTH / Fecha de nacimiento _____

GENDER

Género _____

NATIONALITY

Nacionalidad _____

LANGUAGE

Idioma _____

AGE

Edad

WEIGHT

Peso

HEIGHT

Estatura

BLOOD TYPE

Grupo sanguíneo

PROGRAM DATE

Fecha de programa _____

ROOM TYPE

Tipo de habitación

SINGLE* _____

DOUBLE _____

DOUBLE TWIN _____

**Only passengers travelling alone / Solo pasajeros viajando solos*

Email _____ Whatsapp number n° / Contacto de whatsapp _____

FLIGHT SCHEDULE: ARRIVAL

Horarios de vuelo: Llegada _____

DEPARTURE

Partida _____

INSURANCE PROVIDER

Proveedor de seguros

Name _____ Phone number _____ Email _____
Nombre Teléfono

EMERGENCY CONTACT

Contacto de emergencia

Name _____ Phone number _____ Email _____
Nombre Teléfono

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 ayudará a adaptar este programa a sus capacidades.

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

¿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 Antártica 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 Antártica por cualquier situación médica que pueda ocurrir en esta visita ANTÁRTICA.

Signature / Firma