



INSCRIPCIÓN Y AUTORIZACIÓN VIAJE SEMANA BLANCA

Don/ Doña.....D.N.I.....
Domicilio.....CP.....
Provincia.....Teléfono de contacto durante la actividad.....
Autorizo a mi hija/o

A asistir al viaje de ski organizado por el Colegio Tres Olivos del 16 al 21 de Febrero.

- Soy miembro del Club de Montaña (603 euros) No soy miembro del Club de Montaña (635 euros)
 Deseo contratar el seguro de cancelación (+4 euros) No deseo contratar el seguro de cancelación

Estoy informado/a que, en caso de anulación de reserva por razones no contempladas en el seguro de cancelación (habiéndose contratado) se devolverá el importe abonado con una penalización de 100 euros (correspondientes a los costes fijos del viaje)

Madrid, a..... de de 2019.

Firma Madre/tutora

Firma Padre/tutor

Por la Presente, autorizo a la administración del Colegio Tres Olivos a emitir:

- Un único recibo por el importe total del viaje: 635/639/603/607 euros*
 Tres recibos por los siguientes importes **250 eur.** con fecha **15/11/19**
250 eur. con fecha **15/01/20**
*** 135/139/103/107 euros con fecha 5/02/20**

* En función de la modalidad elegida (seguro de cancelación / pertenencia al club de montaña)

Firma Madre/tutora

Firma Padre/tutor

FICHA MÉDICA VIAJE SEMANA BLANCA

Nombre.....Apellidos.....

Fecha de nacimiento..... FIRMA MADRE/PADRE:

Alergias o intolerancias a:

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|--------------|--|
| - Plantas, animales o polvo | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál? | |
| - Medicamentos | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál?..... | |
| - Alimentos | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál?..... | |
| - Picaduras de insectos | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál?..... | |
| - Otras: | <input type="checkbox"/> | ¿Cuál?..... | |

Medicación usual:

Es propenso a:

- | | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|
| - Insomnio <input type="checkbox"/> | - Dolores de cabeza <input type="checkbox"/> | - Mareos <input type="checkbox"/> |
| - Sonambulismo <input type="checkbox"/> | - Enuresis <input type="checkbox"/> | - Otros <input type="checkbox"/> ¿Cuál?_____ |

Vacunas en vigencia:

- | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|
| - Tétanos <input type="checkbox"/> | - Difteria <input type="checkbox"/> | - Poliomieltis <input type="checkbox"/> | - La de su edad <input type="checkbox"/> |
|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|------------------------------------------|

¿Se encuentra actualmente bajo medicación que se mantenga durante el viaje?

SI NO ¿Cuál?_____

¿Tiene algún régimen de comidas? SI NO

¿Cuál?_____

Observaciones (Anote todo aquello que estime de interés para los monitores)

Firma Madre/tutora

Firma Padre/tutor