



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 organizado por el Colegio Tres Olivos del 13 al 18 de Febrero 2022

- Soy miembro del Club de Montaña (630 euros) No soy miembro del Club de Montaña (650 euros)
 Deseo contratar el seguro de cancelación (+4 euros) No deseo contratar el seguro de cancelación
 Deseo contratar el seguro de cancelación covid 19 (+14,5 euros)

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)

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: 650/654/664/630/634/644 euros*
 Tres recibos por los siguientes importes **250 eur.** con fecha **15/11/21**
250 eur. con fecha **10/01/22**
***Resto (150,154,130,134, 164,5, 144,5)** con fecha **7/02/22**

* En función de la modalidad elegida (seguro de cancelación/cancelación COVID19/ pertenencia al club de montaña)

Firma Madre/tutora

Firma Padre/tutor

Por la presente, he sido informado/a que mi hijo o hija deberá presentar como requisito imprescindible el día de partida:

- ESO: Certificado de haber completado la pauta de vacunación COVID
- Primaria: realizar test de antígenos el día de partida realizado in situ

La no presentación del certificado o el resultado positivo en el test serán motivo de anulación del viaje con las consecuencias que de ello se derivan

Firma Madre/tutora

Firma Padre/tutor

Madrid, a..... de de 2021.

FICHA MÉDICA VIAJE SEMANA BLANCA

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

Fecha de nacimiento.....

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"/> | - Poliomiélitis | <input type="checkbox"/> | - La de su edad | <input type="checkbox"/> |
| - Covid (pauta completa) | <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