



Madrid, a 16 de octubre de 2019

**DATOS PERSONALES**

Alumno/a: \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento: \_\_\_\_\_  
 DNI: \_\_\_\_\_ Pasaporte: \_\_\_\_\_ Móvil alumno/a: \_\_\_\_\_  
 Fecha expedición DNI: \_\_\_\_\_ Fecha caducidad DNI: \_\_\_\_\_  
 Fecha expedición Pasaporte: \_\_\_\_\_ Fecha caducidad Pasaporte: \_\_\_\_\_  
 Nombre del padre: \_\_\_\_\_ Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
 Teléfonos de contacto durante el viaje:  
 Padre (Móvil): \_\_\_\_\_ Fijo: \_\_\_\_\_  
 Madre (Móvil): \_\_\_\_\_ Otros: \_\_\_\_\_  
 Correos electrónicos:  
 Padre: \_\_\_\_\_  
 Madre: \_\_\_\_\_  
 Alumno: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN MÉDICA PARA EL VIAJE**

Con el fin de evitar posibles incidencias no deseadas, y para poder atender mejor a los alumnos rogamos contesten brevemente este cuestionario médico sobre su hijo/a:

¿Padece algún tipo de enfermedad o minusvalía? Indicar protocolo de actuación.

\_\_\_\_\_

¿Sigue algún tratamiento específico? Indicar medicamento y dosis.

\_\_\_\_\_

¿Tiene algún tipo de alergia? Medicamentos, comidas, animales, plantas...

Indique si toma habitualmente algún medicamento para: (indicar cuál)

- |                                |                          |
|--------------------------------|--------------------------|
| - Dolor de cabeza: _____       | - Gastroenteritis: _____ |
| - Dolor muscular/óseo: _____   | - Alergia: _____         |
| - Picaduras de insectos: _____ | - Inflamación: _____     |

Observaciones:

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

El alumno y sus padres o tutor legal serán responsables de la veracidad de la información médica indicada, así como de la omitida. En caso de emergencia médica causada por una enfermedad, accidente, intervención quirúrgica, tratamiento médico, etc. el alumno y sus padres o tutor legal autorizan a los profesores para que puedan tomar las decisiones que consideren necesarias en relación a ello, renunciando a ejercer cualquier reclamación posterior sobre las mismas. El alumno y sus padres o tutor legal se harán cargo de los importes de los medicamentos y demás gastos médicos no incluidos en la cobertura del seguro del viaje que pueda precisar el alumno durante su estancia en el extranjero.

Firma del padre/madre/tutor

Fdo.:

## AUTORIZACIÓN PARA EL VIAJE

D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_

padre, madre o tutor del alumno /a \_\_\_\_\_

matriculado en 1º de Bachillerato, grupo \_\_\_\_\_ en el Colegio CORAZÓN DE MARÍA de Madrid.

Por la presente CERTIFICO, como responsable del alumno/a cuyos datos figuran en la parte superior, que acepto todas las condiciones del viaje propuesto y la autoridad de quien lo organiza. AUTORIZO a los profesores acompañantes a tomar las decisiones oportunas en caso de intervención médica urgente, previo intento de localización de los padres/tutores. Igualmente me considero solidario/a de todas las acciones de responsabilidad civil que de la conducta de mi hijo/a se pudieran derivar; y que cualquier contingencia se resolverá dentro del marco de los Seguros que se tengan contratados para los días comprendidos en el viaje. Ningún otro tipo de responsabilidad podrá ser invocada.

Asimismo, tengo conocimiento y AUTORIZO a que mi hijo/a regrese en avión a Madrid desde cualquier punto del itinerario previsto haciéndome cargo de los gastos que se deriven de ello en caso de incumplimiento grave de las normas del viaje por parte del alumno/a, o de la aparición de conductas que pongan en peligro su seguridad e integridad personal o la del resto de los componentes del viaje cultural, incluyendo entre dichas normas el consumo de alcohol o sustancias psicotrópicas.

Previa comunicación a los padres, los responsables del viaje cultural dejarán, en este caso, al alumno/a al cuidado de autoridades y/o personas que estén al frente del medio de transporte elegido para el regreso, haciéndose cargo sus padres de recogerlo en el aeropuerto de destino.

Y para que conste y en prueba de conformidad firmo la presente AUTORIZACIÓN en Madrid, a 16 de octubre de 2019.

Firma del padre/madre/tutor

Firma del alumno/a

Fdo.:

DNI:

Fdo.:

DNI:

### LEY de PROTECCIÓN de DATOS

De conformidad con GDPR y la LOPDGDD sobre la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales, doy mi consentimiento para que los datos recabados sobre los alumnos por los responsables del Viaje de Estudios, puedan ser utilizados para gestionar la actividad de dicho viaje cultural, y declaro estar informado sobre los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición que podré ejercitar en el domicilio del Colegio CORAZÓN DE MARÍA en C/ Zigia 1, 28027, Madrid.

Además, consiento que mis datos sean comunicados a la Asociación de Padres y Madres de Alumnos del Colegio CORAZÓN DE MARÍA, Hoteles del itinerario, Agencia de Viajes y Compañía Aérea utilizados en esta actividad.

Datos de contacto del DPO: Avd. de Brasil, 17, 6º, 28020, Madrid – rapinformes@rapinformes.es