



## CIRCULAR PARA LOS PADRES DE LOS ALUMNOS DE 4º DE E.S.O QUE VAN AL VIAJE DE ITALIA

Muy Sres. Nuestros.

Madrid, 7 de febrero de 2025.

Como continuación de la información sobre el viaje a Italia que sus hijos van a realizar, les comunicamos que los profesores que los acompañarán durante el viaje son: D<sup>a</sup> Raquel Morales Díaz (DNI: 53902219V) y D. Benjamín Montoliu Diez (DNI: 50632127L).

Todos los alumnos deberán presentar en la Secretaría del Centro los siguientes documentos **antes del próximo 13 de marzo**:

- **Fotocopia del Pasaporte y DNI**
  - o Los alumnos deberán viajar obligatoriamente con su **PASAPORTE Y DNI (AMBOS SON OBLIGATORIOS)**, es **IMPORTANTE**: comprobar la fecha de caducidad de los documentos. Es OBLIGATORIO llevar también fotocopia de cada uno de ellos.
  - o Los alumnos que no pertenezcan a la Unión Europea deberán acudir a su embajada para conocer y realizar con tiempo los trámites necesarios.

- **Autorización paterna (Original) – (Sólo menores de edad) -**

- o Deberán llevar también una **autorización de los padres (de los dos)** para poder salir al extranjero. ¿Dónde conseguir esta autorización? En las comisarías de la **Policía Nacional** o en las dependencias de la **Guardia Civil** te facilitan el impreso que hay que rellenar.

Se pueden realizar los trámites directamente allí sin necesidad de cita previa. Otra opción es imprimir el documento desde el enlace que dejamos más abajo, firmarlo por ambos progenitores y entregarlo en la comisaría.

Estos son los enlaces oficiales:

[http://www.guardiacivil.es/es/servicios/permiso\\_salida\\_menores\\_extranjero/index.html](http://www.guardiacivil.es/es/servicios/permiso_salida_menores_extranjero/index.html)

[https://sede.policia.gob.es/portalCiudadano/\\_es/tramites\\_ciudadania\\_documentacionviajar.php](https://sede.policia.gob.es/portalCiudadano/_es/tramites_ciudadania_documentacionviajar.php)

- **Tarjeta Sanitaria Europea TSE, (Original)**

- o **Tarjeta Sanitaria Europea (TSE)** para asistencia en el extranjero, que se obtiene de manera gratuita en los **Centros de la Seguridad Social** o en la **web de la sede electrónica de la Seguridad Social**:

[https://sede.seg-](https://sede.seg-social.gob.es/wps/portal/sede/sede/Ciudadanos/asistencia%2520sanitaria/06asistencia%2520sanitaria)

[social.gob.es/wps/portal/sede/sede/Ciudadanos/asistencia%2520sanitaria/06asistencia%2520sanitaria](https://sede.seg-social.gob.es/wps/portal/sede/sede/Ciudadanos/asistencia%2520sanitaria/06asistencia%2520sanitaria)

- **Autorización para la atención médica. (ANEXO II)**

- **Autorización/Aceptación de las normas del viaje (ANEXO III)**

- o En este documento se exponen unas normas mínimas de comportamiento durante el viaje que rogamos nos devuelvan firmadas a través del alumno/a antes del próximo **13 de marzo**.

Los alumnos llevarán siempre consigo durante el viaje:

- **DNI y Pasaporte en vigor (Original)**
- **Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Europea**
- **Fotocopia de la Autorización Paterna**

**Les rogamos que todos los preparativos previos al viaje (compras, trámites burocráticos, etc). los efectúen con la antelación suficiente.**

No obstante, estamos a su disposición para cualquier duda o aclaración que a nivel personal les pueda surgir. Atentamente les saluda.



El Director Técnico.

**N.B. Debido a que algunos trámites (La Tarjeta Sanitaria) puede llegar a tardar 15 días rogamos a todos los alumnos den prioridad a la obtención de dicho documento lo antes posible.**

GAVIOTA, 14 - 28025 MADRID - TELEF. 91 5250000 – 915257137 – 915257162 - FAX. 91 5250899

[www.smbosque.es](http://www.smbosque.es) – [colegio@smbosque.es](mailto:colegio@smbosque.es)



## INFORMACIÓN MÉDICA PARA EXCURSIONES CON PERNOCTA

<b>Nombre del alumno/a:</b>	
<b>Curso:</b>	

La presente ficha sanitaria tiene como objetivo recoger información para prestar una asistencia adecuada a sus hijos. Será almacenada en el archivo físico del servicio médico, la información en ella contenida no será digitalizada ni procesada ni tratada de ninguna manera distinta para los fines asistenciales y preventivos. Como marca la ley de Protección de Datos, tienen potestad para modificar o cancelar esta información en el momento en que lo deseen, poniéndose en contacto con el Servicio Médico del Colegio. Salvo que Uds. nos indiquen lo contrario, en los casos que se considere necesario y/o de tomar medidas urgentes, los profesores y/o tutores serán informados verbalmente. La actual ficha se irá actualizando anualmente. Debe rellenarse el consentimiento para la asistencia médica y tratamiento, en su caso. Saben que a todo alumno que se asiste, según la importancia del cuadro clínico, se les informa telefónicamente. Esta ficha se entregará en sobre cerrado al tutor/a de su hijo/a quién lo hará llegar al servicio médico con la antelación suficiente.

Madrid a ..... de ..... de .....

Fdo. Padre/Madre/Representante legal

### Antecedentes personales de interés

Enfermedades pasadas o intervenciones quirúrgicas.

- Soplo cardiaco
- Asma
- Diabetes
- Déficit auditivo
- Epilepsia o convulsiones febriles
- Utiliza lentes correctoras
- Miopía
- Hipermetropía
- Astigmatismo
- Estrabismo
- Dolores de cabeza frecuentes
- Migrañas
- Dolor abdominal frecuente
- T. déficit de atención/hiperactividad
- Enf. Celiaca

Alergias no medicamentosas (polen, insectos, alimentos...)

Alergias a medicamentos

Tratamientos habituales



## CONSENTIMIENTO

D/Dña: \_\_\_\_\_

Con D.N.I. \_\_\_\_\_ Padre/Madre/Representante legal del alumno/a:

CONSIENTO  NO CONSIENTO

que mi hijo/a sea asistido/a y tratado/a por el Servicio Médico, siguiendo el buen criterio del facultativo, y a tenor de los datos referidos en esta ficha; siendo informado al respecto cuanto antes.

En Madrid a ..... de ..... de .....

Firma

Fdo .....

### CLAUSULAS

Me comprometo a comunicar a la Dirección del Centro la información sobre la salud de mi hijo/a con respecto a:

- Toda enfermedad contagiosa en el mismo momento que le sea diagnosticada.
- Las reacciones alérgicas graves a medicamentos o alimentos (adjuntando informe médico).
- En caso de que mi hijo/a sufra una enfermedad importante, me comprometo a presentar personalmente al Director/a el informe confidencial de mi hijo/a así como a tenerle informado de cualquier evolución relacionada con su patología.
- Declaro depositar si fuera necesario en la Dirección del Centro, los medicamentos con una fotocopia de la correspondiente receta y el informe médico.
- En caso de que mi hijo/a presente un cuadro médico particular, me comprometo con ocasión de un viaje o visita escolar a entregarles dicha información confidencial en sobre cerrado, que sólo se abriría en caso de necesidad.
- Autorizo a la Dirección del Colegio Santa María del Bosque y a los acompañantes a tomar las medidas que consideren oportunas para el traslado y tratamiento de mí hijo/a. Esta autorización es también válida para todas las salidas y viajes escolares en los que pudiera participar.

A efectos de lo dispuesto en la ley 15/99, de protección de datos de carácter personal, le informamos que los datos recogidos en este documento serán incluidos en un fichero denominado INFORMES MÉDICOS titularidad de ESCOLAR CERVERA, S.A. (Colegio Santa María del Bosque) con la finalidad de gestionar la relación del alumno y la familia con el colegio. De conformidad con lo establecido en la ley, ESCOLAR CERVERA, S.A. (Colegio Santa María del Bosque). Se compromete al cumplimiento de su obligación de secreto de los datos de carácter personal y deber de guardarlos, y adoptará las medidas necesarias para evitar su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta en todo momento del estado de la tecnología. Asimismo, establecerá los contratos y compromisos de confidencialidad con aquellos terceros que, en función de una relación jurídica, accedan o se les cedan esos datos personales. La no cumplimentación de los datos de carácter personal, la inexactitud de estos y otra información requerida a lo largo de la relación educativa podrá tener como consecuencia la extinción de dicha relación. Asimismo, se autoriza, al margen de la relación contractual, el tratamiento de sus datos personales para el envío de circulares y notificaciones por cualquier medio (correspondencia, teléfono, fax, mailing o cualquier otro medio telemático) propio o de terceros, así como comunicar sus datos a entidades relacionadas o colaboradoras, para los fines indicados. En caso de que no desee que sus datos personales sean tratados con los fines señalados, puede ejercitar el derecho de oposición, junto con el de acceso, rectificación y cancelación mediante comunicación dirigida a: Colegio Santa María del Bosque, C/ Gaviota, 14 – 28025 (Madrid)



**COLEGIOS  
SANTA MARIA DEL BOSQUE**

**Cambridge English**  
Exam Preparation Centre

CONCERTADO  
EDUCACIÓN INFANTIL  
PRIMARIA Y ESO  
BACHILLERATO PRIVADO

 **CONSEJERÍA DE EDUCACIÓN,  
UNIVERSIDADES, CIENCIA  
Y PORTAVOCÍA**  
**Comunidad de Madrid**  
**28014491**

## **Autorización/Aceptación de las normas del viaje (ANEXO III)**

Don/Doña: \_\_\_\_\_ con DNI nº \_\_\_\_\_

Padre/Madre/Tutor legal del alumno/a

---

Autorizo a mi hijo/a a realizar el viaje que se realizará a Italia del **4 DE ABRIL AL 10 DE ABRIL**, organizado por el Colegio Santa María del Bosque, aceptando las condiciones siguientes impuestas por el centro.

1ª.- Está prohibido consumir alcohol, tabaco o cualquier otra sustancia tóxica que pueda perjudicar la salud.

2ª.- Respetar en todo momento las decisiones tomadas por el profesorado.

3ª.- Realizar todas las visitas en grupo que los profesores programen.

4ª.- Atenerse al horario marcado por los profesores.

5ª.- Cualquier desperfecto producido en el interior de las habitaciones o en las instalaciones del hotel, será abonado por los alumnos asignados a la habitación afectada.

6ª.- Cualquier desperfecto en el autobús será abonado, reparado o limpiado por los ocupantes de las plazas afectadas

7ª.- Se respetará la distribución de las habitaciones realizada por los profesores a la entrada de los hoteles en la recepción siendo imposible la distribución de las habitaciones desde España.

**Si mi hijo incumple las condiciones mencionadas, asumiré toda la responsabilidad que de dicho incumplimiento se derive incluyendo el retorno anticipado del mismo a Madrid, con los gastos que eso conlleve (vuelo de regreso inmediato de alumno y profesor y/o estancia en el hotel de alumno y profesor si fuera necesario además del retorno del profesor para continuar el viaje acompañando al grupo).**

Madrid, \_\_\_\_\_

FIRMADO CONFORME:

El Padre/Madre /D./ª \_\_\_\_\_

**Teléfonos de contacto** \_\_\_\_\_