

Estimada familia,

Nos ponemos en contacto con ustedes para presentarles la propuesta de viaje de estudios para los alumnos de 4º ESO y 1º Bachillerato este curso 2024-2025. Este año tendremos como destino **Andorra** y las fechas elegidas son del 9 al 13 de febrero de 2025.

**EL PRECIO INCLUYE:**

- 4 noches de alojamiento en distribución múltiple.
- 4 medias pensiones en el hotel Jaume I.
- Forfait diario en la estación de esquí de Arinsal-Pal.
- Almuerzo caliente diario en restaurante de pistas.
- 3 hrs. Diarias de cursillo de esquí o snow.
- Diploma para todos los participantes.
- Alquiler de material de esquí (esquí+palos+botas+casco).
- Guarda esquís en pistas.
- Autocar durante toda la estancia.
- Servicio médico en pistas.
- Seguro de viaje, médico, de accidentes, R.C.
- Asistencia por nuestros guías con vehículo propio y teléfono 24 horas.

**PARA PARTICIPAR EN LA ACTIVIDAD SE REQUIERE:**

- Es imprescindible llevar DNI original de cada alumno.
- Rellenar la autorización.
- Ingresar el importe completo **535 € en concepto de Viaje + Nombre y Apellidos Alumno/a en la cuenta de actividades complementarias: ES9300750599810700000533**
- **El precio está calculado para 55 alumnos, el importe del viaje puede variar en función del número de alumnos.**
- **Entregar ambos documentos (autorización y resguardo de pago de viaje) a los tutores académicos o enviar a [actividadescomplementarias@safasi.com](mailto:actividadescomplementarias@safasi.com). El plazo finaliza el 30 de noviembre de 2024 (inclusive)**
- **En caso de baja, el importe de la excursión no se devuelve si la causa no está justificada.**

---

**AUTORIZACIÓN VIAJE A LA NIEVE DEL 9 AL 13 DE FEBRERO DE 2025**

D/Dª \_\_\_\_\_, padre/madre/tutor/a legal del alumno/a  
\_\_\_\_\_ matriculado en el curso \_\_\_\_\_, grupo \_\_\_\_\_,  
autorizo a mi hijo/a a asistir al viaje de estudios que se realizará entre los días 9 y 13 de febrero con destino a la Nieve en Andorra que organiza el Colegio Episcopal Sagrada Familia.  
Eximo de toda responsabilidad al centro por cualquier conducta de mi hijo/a que no respete las indicaciones de los profesores acompañantes.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de 2024

Firma del padre/madre/tutor/a

Marcar:

El alumno/a padece alergias/intolerancias alimenticias (imprescindible adjuntar informe médico)

Por favor, rellenar en la medida de lo posible los siguientes datos para estar en contacto durante el viaje:

- Teléfono de contacto del padre:
- Teléfono de contacto de la madre:
- Número de teléfono móvil del alumno/a durante el viaje:

Observaciones (escriba si tiene algo que comentar a los responsables del viaje):

Para cualquier duda contactar a través de [actividadescomplementarias@safasi.com](mailto:actividadescomplementarias@safasi.com) o en 949390790.