

**AUTORIZACIÓN CIVIL**  
FORMULAIRE D'AUTORISATION DE VOYAGE

---

**Nombre de Colegio:** La Purísima Franciscanas + SAFA Valencia  
*Nom de l'établissement scolaire*

**Dirección de Colegio:** Avenida Tres Cruces, 49, 46018 Valencia, SPAIN

Nosotros como padres de (nombre del alumno) \_\_\_\_\_  
*Nous soussignons, parents de (nom de l'élève)*

Autorizamos a (profesor/es encargado/s) \_\_\_\_\_  
*Accordons notre autorisation à (nom/s du professeur/es)*

- 1) A acompañar a mi hijo/a en su viaje a (destino) **Saint Germain en Laye, FRANCIA**  
*Pour accompagner notre fils/fille lors de leur voyage en (destination)*

Fechas de viaje: \_\_\_\_\_  
*Dates du voyage*

- 2) A tomar las decisiones que considere oportunas y fueran necesarias en caso de enfermedad, accidente o urgencia médica que mi hijo/a pudiera precisar durante el viaje.

*A prendre les décisions opportunes et nécessaires en cas d'urgence médicale, accident et toute autre éventualité qui pourrait survenir durant le voyage de notre enfant.*

- 3) A tomar las decisiones pertinentes en caso de incumplimiento grave de cualquiera de las normas del programa por parte de mi hijo/a. En caso de que hubiera que devolver a mi hijo/a a España, solo o acompañado, asumo la responsabilidad de los gastos que esto conllevara, entendiendo que no tendré derecho a ningún reembolso económico derivado de ello.

*A prendre les décisions opportunes, nécessaires et disciplinaires au cas où mon enfant ne respecterait pas le règlement établi pour ce programme. Dans l'éventualité d'un retour anticipé de mon enfant, seul ou accompagné, pour raison disciplinaire, nous assumerons les frais engendrés pour ce retour. Nous comprenons que nous n'aurons droit à aucun remboursement dérivé de ce fait.*

Madre / Padre / Tutor Legal: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
*Mère/ Père / Tuteur/ Tutrice CNI*

Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_  
*Numéro de téléphone*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Signature Date*

-----  
Madre / Padre / Tutor Legal: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_  
*Mère/ Père / Tuteur/ Tutrice CNI*

Teléfono de Contacto: \_\_\_\_\_  
*Numéro de téléphone*

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
*Signature Date*