

Oggetto: **AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI AL VIAGGIO DI ISTRUZIONE**

I sottoscritti _____ e _____ in considerazione degli obiettivi didattico-culturali, preso atto del programma, delle modalità di svolgimento e della quota a carico delle famiglie, nonché consapevoli che tale attività costituisce parte integrante dell'offerta formativa della scuola

AUTORIZZANO

I proprio figlio/a _____ frequentante la classe _____ indirizzo _____ a partecipare al viaggio di istruzione dal _____ al _____, con destinazione _____.

La partenza è prevista per il giorno _____ alle ore _____ da _____, con rientro previsto per il giorno _____ alle ore _____ circa.

I sottoscritti **dichiarano di conoscere e accettare integralmente tutte le norme che regolano i viaggi di istruzione**, in particolare quelle relative:

- **al comportamento degli alunni/e;**
- **alla responsabilità per eventuali danni;**
- **alle condizioni di rinuncia e alle eventuali penali applicate dalle Agenzie di viaggio.**

SOLLEVANO

l'Istituto scolastico da ogni responsabilità **per eventuali danni cagionati dal/la proprio/a figlio/a a causa di negligenza, imprudenza o inosservanza delle regole di condotta impartite dai docenti accompagnatori, e accettano integralmente e senza condizioni gli aspetti organizzativi e logistici stabiliti dall'Istituto.**

DICHIARANO

- di avere contribuito a fare riflettere il/la proprio/a figlio/a sul fatto che durante tutta la durata del viaggio di istruzione
 - 1 dovrà rispettare le norme previste dal Regolamento di Istituto e le disposizioni impartite dal docente accompagnatore;
 - 2 sarà tenuto/a a seguire le indicazioni degli insegnanti accompagnatori del gruppo;

- 3 non dovrà assumere comportamenti imprudenti, scorretti, non rispettosi di regole o pericolosi per la sua incolumità o per quella di altri;
- che la condotta tenuta durante il viaggio sarà oggetto di valutazione del comportamento;
 - che la violazione delle suddette norme potrà comportare sanzioni disciplinari.

COMUNICANO

(facoltativo, sotto la personale responsabilità del genitore)

i seguenti dati sanitari del figlio/a, che saranno **che saranno trattati** nel rispetto delle norme sulla privacy, esclusivamente per finalità legate alla tutela della sua salute. I sottoscritti si assumono la piena responsabilità di quanto dichiarato e di quanto eventualmente omesso:

☐ che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di **allergia e/o intolleranza alimentare**;

☐ che il proprio figlio presenta la/le seguente/i **allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i** (indicare in

stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

☐ che il proprio figlio/a **può assumere in caso di bisogni i seguenti medicinali sotto il controllo di un**

docente accompagnatore, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco.

posologia_____

Indicazioni_____

Farmaco.

posologia_____

Indicazioni_____

Farmaco.

posologia_____

Indicazioni_____

Data: _____

Firma dei genitori*:

** Si ricorda che, secondo quanto previsto dal art. 155 c.c., novellato dalla legge 8 febbraio 2006, n. 54, la potestà genitoriale è esercitata da entrambi i genitori. Nel caso in cui gli stessi non figurino conviventi nello stesso nucleo domiciliare, il presente modulo dovrà essere OBBLIGATORIAMENTE firmato dai due genitori, o da coloro che esercitano la potestà genitoriale.*