Ministero dell'Istruzione e del Merito – Ufficio Scolastico Regionale per la Lombardia

IC "ITALO CALVINO" – SCUOLA dell'INFANZIA, PRIMARIA e SECONDARIA DI I GRADOVia Frigia, 4 - Tel.: 02 8844 8717 - Cod. mecc.: MIIC81900C - C.F.: 80127890152 - Codice Univoco: UFZLCE Email: miic81900c@istruzione.it - Pec: miic81900c@pec.istruzione.it - Web: https://www.icsitalocalvino.edu.itI.C.

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

AL COORDINATORE DI CLASSE

AUTORIZZAZIONE VIAGGIO DI ISTRUZIONE CON PERNOTTAMENTO MOD.1

ISOTTOSCRITTI ……..

GENITORE/TUTORE……

GENITORE/TUTORE……

dell'alunno/a frequentante la classe della Scuola secondaria di I grado "Italo Calvino" –

anno scolastico……..

in considerazione degli obiettivi didattico-culturali, presa visione del programma e della modalità di svolgimento del viaggio di istruzione e della quota a carico delle famiglie,

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a……..a partecipare al VIAGGIO DI ISTRUZIONE a……

periodo dal …… al…….

Destinazione ……..

Periodo di svolgimento: dal giorno al giorno……

Luogo di ritrovo e di rientro……...

Mezzo di trasporto:……

Docenti accompagnatori:……..

Sostituti……..,,,,,,,,

Finalità del viaggio e sintetica descrizione delle modalità di svolgimento:……...

Quota richiesta alla famiglia……

Detta quota è comprensiva di copertura assicurativa, non è prevista polizza rimborso quota in caso di mancata partecipazione al viaggio.
Consapevoli che, secondo la normativa che regola la materia (principalmente C.M. 291/92, i Viaggi d'Istruzione s**ono considerati a tutti gli effetti attività didattiche, con conseguente valutazione sia sul piano strettamente disciplinare che comportamentale**, i sottoscritti:
dichiarano di aver messo a conoscenza il/la proprio/a figlio/a di osservare scrupolosamente le regole scolastiche così come enunciate nel Regolamento di Istituto.

DICHIARANO INOLTRE

di aver preso espressa visione del programma del viaggio di istruzione e di accettarlo senza riserve;

che il figlio non soffre di allergie e/o intolleranze alimentari, in caso contrario specificare l'allergia

che il figlio assume i seguenti farmaci

Delega alla somministrazione del farmaco i docenti come da prescrizione medica …….

Il farmaco andrà somministrato secondo le modalità di seguito specificate:

……..

Consegnare in Segreteria Didattica e ai Docenti accompagnatori certificazione medica

Dichiarano inoltre che non si tratta della prima somministrazione del suddetto farmaco.

Dichiarano di sollevare l'Istituto e il personale scolastico delegato sopra individuato da ogni responsabilità per eventuali incidenti che dovessero derivare dalla somministrazione del farmaco secondo le modalità autorizzate.

Indicano di seguito eventuali patologie che richiedano particolari attenzioni e di aver sensibilizzato il figlio al rispetto delle seguenti norme di comportamento:

…….

PRENDONO ATTO CHE:

Il pagamento d**ovrà essere effettuato OBBLIGATORIAMENTE nei termini previsti e richiesti dalla scuola** attraverso il portale Pago In Rete.

Per comunicazioni urgenti alla famiglia durante il viaggio recapiti telefonici sono i seguenti

I Sottoscritti dichiarano inoltre di aver letto le note esplicative poste in calce al presente documento.

FIRMA GENITORE

……

FIRMA GENITORE

……

Se impossibilitato a fornire la doppia firma, il genitore firmatario è tenuto a sottoscrivere **anche la seguente autodichiarazione**: Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA GENITORE

……