

## DICHIARAZIONE DEL GENITORE PER VIAGGI DI ISTRUZIONE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

### AUTORIZZO

mio/a figlio/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe  
\_\_\_\_\_a partecipare al viaggio di \_\_\_\_\_ di  
istruzione \_\_\_\_\_ a

che si svolgerà dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
con partenza da \_\_\_\_\_ e arrivo a \_\_\_\_\_;

### DICHIARO DI

- avere preso visione del programma di massima del viaggio presentato dai docenti accompagnatori;
- accettare integralmente le condizioni e le spese a carico degli studenti partecipanti;
- provvedere autonomamente a far raggiungere al/alla
- proprio/a figlio/a il luogo di partenza e a recuperarlo al luogo d'arrivo, esonerando la scuola e i docenti da ogni responsabilità in merito;

### MI IMPEGNO

al pagamento della somma richiesta, essendo consapevole che la rinuncia alla partecipazione al viaggio dopo la consegna del presente documento comporterà il pagamento delle penali previste dall'agenzia viaggi e/o aggravii di spesa per gli altri partecipanti;

### ESONERO

le Autorità Scolastiche da tutte le responsabilità che loro non competono secondo le norme vigenti;

### DICHIARO

che mio/a figlio/a è stato/a informato/a che

- durante tutta la durata del viaggio di istruzione o integrazione o della visita guidata
  - 1) dovrà rispettare le norme previste dal Regolamento di Istituto;
  - 2) sarà sottoposto all'autorità 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;
  - 4) non dovrà detenere né fare uso di superalcolici o di sostanze stupefacenti;
- la condotta tenuta durante il viaggio rientrerà nella valutazione del comportamento;
- la violazione di tali norme potrà comportare sanzioni disciplinari.

### COMUNICO *(facoltativo, sotto la personale responsabilità del genitore)*

i seguenti dati sanitari di mio/a figlio/a, che saranno utilizzati, nel rispetto delle norme sulla Privacy, esclusivamente per ragioni legate alla tutela della sua salute (nel far ciò mi assumo la piena responsabilità di quanto da me dichiarato e di quanto omesso):

- gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_
- vaccinazione antitetanica (data in cui è stata effettuata): \_\_\_\_\_
- allergie (specificare): \_\_\_\_\_
- assunzione di farmaci salvavita (specificare): \_\_\_\_\_
- cure mediche in corso (specificare): \_\_\_\_\_
- intolleranze alimentari (specificare): \_\_\_\_\_
- restrizioni dietetiche (specificare): \_\_\_\_\_
- altro (specificare): \_\_\_\_\_

Sant'Antimo, \_\_\_\_\_

**Firma di un genitore o di chi ne fa le veci** \_\_\_\_\_