



Al Dirigente Scolastico
 dell'I.I.S. Perito – Levi di Eboli (SA)

AUTORIZZAZIONE VIAGGI DI ISTRUZIONE

Il sottoscritto (padre) _____

La sottoscritta (madre) _____

Il sottoscritto/a unico affidatario/tutore _____

AUTORIZZO

mio/a figlio/a _____ frequentante la classe _____ a partecipare

al _____ a _____

che si svolgerà dal _____ al _____

con partenza da _____ e arrivo a _____;

DICHIARO DI

- avere preso visione del programma di massima del viaggio pubblicato sul web Istituzionale;
- 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 comporta il pagamento delle penali previste dall'agenzia viaggi e/o aggravii di spesa per gli altri partecipanti;

ESONERO

la Scuola e i docenti accompagnatori 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
- 1) dovrà rispettare le norme previste dal Regolamento di Istituto;
 - 2) sarà sottoposto all'autorità degli insegnanti accompagnatori;
 - 3) non dovrà assumere comportamenti imprudenti, scorretti, non rispettosi delle 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;
 - 5) la condotta tenuta durante il viaggio rientrerà nella valutazione del comportamento;
 - 6) di prendere visione delle comunicazioni pubblicate sul web relative al viaggio.

ATTESTO

che mio figlio/a è in possesso dei documenti di identità validi;

COMUNICO

(obbligatorio)

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 ommesso):

- gruppo sanguigno: _____
- allergie (specificare): _____
- assunzione di farmaci salvavita (specificare) _____
- cure mediche in corso (specificare) _____
- intolleranze alimentari (specificare) _____
- restrizioni dietetiche (specificare) _____
- altro (specificare) _____

Per quanto non espressamente previsto si rimanda alla normativa vigente.

Data _____

Firma

Padre _____

Madre _____

Eventuale tutore/unico affidatario _____

Si allegano documenti di identità dei firmatari