

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

“Vico Il Fontanelle - Giovanni Paolo II”

Scuola Infanzia, Primaria e Secondaria di I Grado

Vico III Fontanelle, s.n.c. - 71026 DELICETO (FG) – tel. 0881/886908

C.F. 94115070719 - C.M. FGIC88300C

Al Dirigente Scolastico

Istituto Comprensivo

“Vico Il Fontanelle – Giovanni Paolo II”

Oggetto: Autorizzazione uscita didattica/viaggio di istruzione.

DESTINAZIONE _____ **DATA** _____

Il sottoscritto (padre)

Cognome		Nome	
Nato/a il	Nato/a a		
Residente a		CAP	Prov.
In Via/P.zza/...			N.
Telefono		C.F.	

e la sottoscritta (madre)

Cognome		Nome	
Nato/a il	Nato/a a		
Residente a		CAP	Prov.
In Via/P.zza/...			N.
Telefono		C.F.	

AUTORIZZANO

l'alunno/a	Classe	Sezione
Sede di <input type="checkbox"/> Deliceto <input type="checkbox"/> Candela <input type="checkbox"/> Rocchetta Sant'Antonio	<input type="checkbox"/> Sc. Infanzia <input type="checkbox"/> Sc. Primaria <input type="checkbox"/> Sc. Secondaria I G.	

SITO WEB www.istitutocomprensivodeliceto.edu.it

E MAIL fgic88300c@istruzione.it pecfgic88300c@pec.istruzione.it

a partecipare all'uscita didattica/viaggio di istruzione in oggetto, esonerando il personale docente da ogni responsabilità per Fatti accidentalmente accaduti al/alla proprio/a figlio/a, o di cui lo/a stesso/a si sia reso/a responsabile durante il tragitto o nel corso dello svolgimento dell'attività, che non siano stati determinati da imprevidenza o mancata sorveglianza da parte del personale docente accompagnatore.

A TAL FINE DICHIARANO

- che il/la proprio/a figlio/a 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 intolleranze, specificare ciò che può mangiare in alternativa): _____

- che il/la proprio/a figlio/a presenta allergia/e ai seguenti farmaci: _____

- che il/la proprio/a figlio/a può assumere, sotto il controllo di uno dei docenti della classe, il farmaco salvavita _____ nella seguente ipotesi _____, come da piano terapeutico depositato agli atti della scuola in data _____.

Deliceto, _____

FIRMA DEL PADRE _____

FIRMA DELLA MADRE _____

Dichiarazione da controfirmare nel caso firmi un solo genitore

Il/La sottoscritto/a dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale e, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità a i sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma del genitore _____

SITO WEB www.istitutocomprensivodeliceto.edu.it
E MAIL fgic88300c@istruzione.it fgic88300c@pec.istruzione.it

FUTURA

 **LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI**

 Finanziato
dall'Unione europea
NextGenerationEU

 Ministero dell'Istruzione
e del Merito

 **Italiadomani**
PILLOLE DI FIDUCIA E CREDENZA