



I.I.S. "DON GEREMIA PISCOPO"



Via Napoli 57/Bis - C.A.P. 80022 Arzano (NA) ☎ 081/5739781 📠 081/5738044

C.M. NAIS092008 E-mail [NAIS092008@istruzione.it](mailto:NAIS092008@istruzione.it)

Indirizzo web <http://www.ipscarzano.it> [NAIS092008@pec.istruzione.it](mailto:NAIS092008@pec.istruzione.it) C.F.93032990637

## AI DIRIGENTE SCOLASTICO

### **OGGETTO: autorizzazione dei genitori per la partecipazione del proprio figlio al viaggio di istruzione ad integrazione didattica.**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ genitore (o chi esercita la potestà familiare) dell'alunno \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante nell'anno scolastico **2024/2025** la Classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ di codesto Istituto, autorizza il proprio figlio a partecipare al viaggio di istruzione ad integrazione didattica **presso il Centro Velico Lucano** che sarà effettuato **dal 14 al 17 marzo 2025**, secondo il programma previsto e con l'accompagnamento dei professori designati da codesta Presidenza.

Dichiara di conoscere le norme che regolano il rapporto degli alunni con l'istituzione scolastica per quanto riguarda i viaggi di istruzione; esonera l'Istituto da qualsiasi responsabilità per eventuali incidenti che possano verificarsi in "itinere" e per eventuali infortuni derivanti da inosservanza di ordini e prescrizioni del personale dell'istituto o dell'Agenzia organizzatrice del viaggio o per l'allontanamento arbitrario dal gruppo scolastico dopo la fine delle attività programmate.

Autorizza la Scuola a far prestare, in caso di necessità e di urgenza, le cure mediche che si dovessero rendere necessarie, impegnandosi fin d'ora a rimborsare le spese sostenute per motivi estranei all'effettuazione del viaggio.

Il programma del viaggio ed i recapiti telefonici del centro ospitante saranno resi noti dopo la regolare stipulazione del contratto tra l'Istituto e l'Agenzia di viaggi.

Arzano, \_\_\_\_\_

Il genitore che autorizza  
(o l'esercente la potestà familiare)

L'alunno \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma, per presa visione, del genitore dell'alunno se maggiorenne \_\_\_\_\_



I.I.S. "DON GEREMIA PISCOPO"



Via Napoli 57/Bis - C.A.P. 80022 Arzano (NA) ☎ 081/5739781 📠 081/5738044

C.M. NAIS092008 E-mail [NAIS092008@istruzione.it](mailto:NAIS092008@istruzione.it)

Indirizzo web <http://www.ipscarzano.it> [NAIS092008@pec.istruzione.it](mailto:NAIS092008@pec.istruzione.it) C.F.93032990637

**AI DIRIGENTE SCOLASTICO**

**DICHIARAZIONE ALLERGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E/O AI FARMACI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
Frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_ della scuola secondaria di II grado.

**DICHIARA**

che il/la proprio/a figlio/a

Non è affetto/a da **allergie e/o intolleranze alimentari**;

Presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione e, pertanto, chiede il pasto alternativo durante le visite guidate e/o i viaggi d'istruzione;

Non è affetto/a da **allergie a farmaci**;

Presenta allergie a farmaci, come attestato dal certificato medico allegato alla presente dichiarazione;

È affetto da particolari patologie che richiedono le seguenti cure specifiche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

Necessita di un **regime dietetico** particolare in quanto affetto da patologia documentata dalla certificazione sanitaria allegata;

Assume i seguenti **farmaci** \_\_\_\_\_  
con la seguente posologia \_\_\_\_\_;

Eventuali esigenze particolari da segnalare \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_;

Arzano, \_\_\_\_\_

Firma Alunno \_\_\_\_\_

Firma genitore \_\_\_\_\_

**Nel caso di dichiarazioni affermative, si prega di allegare alla dichiarazione i nomi dei farmaci e le modalità di somministrazione.**