***ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA***

***IC “L. Docimo” ROSE (CS)***

**OGGETTO: Autorizzazione alla partecipazione all’uscita didattica/alla visita guidata/viaggio di istruzione.**

I sottoscritti .................................................................. ………......................................................, genitori dell’alunno/a ……........................................ della classe ........ della Scuola ........................................ di ........................................

**autorizzano** la partecipazione del/lla proprio/a figlio/a **all’uscita didattica/alla visita guidata/viaggio di istruzione, Reggio Calabria-**

secondo quanto segue:

META: Museo Archeologico Nazionale di Reggio Calabria – Planetario Pythagoras di Reggio Calabria DATA: 17/05/2024

PARTENZA DA SCUOLA ORE: 8:00 RIENTRO A SCUOLA ORE: 19:00

COSTO: Euro 60,00

**Dichiarano** di aver valutato il grado di Maturazione e di Autonomia del/la proprio/a *Figlio*/*a*, nonché, il suo abituale comportamento;

**Dichiarano** di liberare la scuola, per quanto riguarda l’incolumità delle persone e delle cose ed il comportamento degli alunni, da ogni responsabilità eccedente l’obbligo di vigilanza degli alunni e gli obblighi derivanti alla Scuola dalle norme vigenti (in particolare art. 2047 del Codice Civile e articolo 61 della legge n. 312/1980).

**Dichiarano** di assumersi le responsabilità (articolo 2048 del Codice Civile) derivanti da inosservanza da parte del/lla proprio/a figlio/a delle disposizioni impartite dagli insegnanti medesimi o da cause indipendenti dall’organizzazione scolastica.

**Dichiarano** di aver letto l’informativa privacy predisposta dalla scuola solo nel caso in cui avviene, in occasione dell’attività programmata, il trattamento di dati personali.

**Comunicano i seguenti Numeri di telefono di emergenza: ............................................**

Data ..................................................

Firme dei genitori

........................................................................... ...........................................................................

*Ai sensi del DPR 245/2000, in presenza della sottoscrizione della presente liberatoria da parte di uno solo degli esercenti la responsabilità genitoriale si intende che l’autorizzazione è stata tacitamente condivisa da entrambi i genitori (ex artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori).*

***ALLA DIRIGENTE SCOLASTICA***

***IC “L. Docimo” ROSE (CS)***

**MODULO ALLERGIE/INTOLLERANZE ALIMENTARI**

Il sottoscritto (i sottoscritti), Genitore/i

affidatario/(altro)

dell’Alunno

frequentante la classe/sezione

partecipante al

**X** visita guidata (1 giorno)

che si effettuerà a **REGGIO CALABRIA** in data **17/05/2024**

**DICHIARANO**

□ Che il/la proprio/a figlio/a NON presenta allergie e/o intolleranze alimentari;

□ Che il/la proprio/a figlio/a presenta le seguenti allergie e/o intolleranze alimentari *(indicare in stampatello nello spazio sottostante le allergie e/o intolleranze alimentari, e cosa può mangiare in alternativa)*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali altre informazioni utili sul bambino da segnalare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sono consapevole che tali informazioni potranno essere comunicate ad agenzie di viaggio e/o strutture alberghiere o altri soggetti che dovessero predisporre i pasti in modo da salvaguardare la salute degli alunni.

DATA …………………… Firma del/i Genitore/i

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_