



**Oggetto: Viaggi Istruzione - Autorizzazione - Dichiarazioni intolleranze/allergie**

I sottoscritti \_\_\_\_\_ e  
\_\_\_\_\_ genitori dello/a studente/ssa  
\_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ di  
codesto Istituto,

**AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a a partecipare a al viaggio d'istruzione/viaggio studio che si svolgerà a  
\_\_\_\_\_ dal \_\_\_\_\_ al  
\_\_\_\_\_

**DICHIARANO**

1. di aver preso espressa visione del programma del viaggio di istruzione e di accettarlo senza riserve;
2. di essere a conoscenza del regolamento di istituto che riguarda il comportamento degli studenti;
3. di aver sensibilizzato, in particolare, il/la figlio/a al rispetto delle seguenti norme di comportamento:
  - ciascun partecipante al viaggio di istruzione è tenuto alla scrupolosa osservanza delle direttive impartite dal responsabile del viaggio e degli accompagnatori;
  - ciascun partecipante al viaggio di istruzione è tenuto ad osservare un contegno corretto e rispettoso nei confronti di terzi, accompagnatori e compagni e ad astenersi dal commettere atti suscettibili di arrecare danni a cose o alla persone, sia nei locali dell'albergo che in ogni altro momento del viaggio;
  - ciascun partecipante si impegna a non assumere né distribuire bevande alcoliche o simili, che potranno essere in qualunque momento sequestrate dagli accompagnatori, impregiudicato ogni ulteriore provvedimento;



- ciascun partecipante si impegna a non allontanarsi mai dalla comitiva senza espressa autorizzazione di un accompagnatore.

Ogni comportamento contrario alle prescrizioni che precedono o comunque ritenuto, a insindacabile dell'accompagnatore, gravemente lesivo delle elementari norme di civiltà sarà sanzionato.

**DICHIARANO INOLTRE:**

- che il/la proprio/a figlio/a **non** presenta nessuna forma di **allergia e/o intolleranza alimentare e/o a farmaci**
- che il/la proprio/a figlio/a **presenta** la seguente **allergia e/o intolleranza alimentare e/o a farmaci** (*indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa*):

---

---

- che il/la proprio/a figlio/a dovrà autosomministrarsi i seguenti farmaci che verranno assunti **autonomamente** (*indicare in stampatello nello spazio sottostante*)

---

---

- che il/la proprio/a figlio/a potrà autosomministrarsi i seguenti farmaci che verranno assunti **autonomamente** qualora necessario (*indicare in stampatello nello spazio sottostante*)

---

---

Firma di entrambi i genitori

---

---

In caso di firma di un solo genitore:



## LICEO CLASSICO INTERNAZIONALE STATALE GIOVANNI MELI



Il sottoscritto, \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Data

Firma del genitore