

ISTITUTO STATALE "DUCA DEGLI ABRUZZI"

con indirizzi liceali: Linguistico, Scientifico, Scienze Umane, Scienze Applicate, Economico Sociale

AUTORIZZAZIONE
VISITA GUIDATA/USCITA DIDATTICA
(fuori comune o nel territorio comunale, fuori dall'orario scolastico)

Si prega di compilare in stampato maiuscolo

Al Dirigente Scolastico

Alunno/a	Cognome e nome)	
Classe	Sez	Indirizzo

Il/la sottoscritto/a _____ (Cognome e nome)
genitore/tutore/studente maggiorenneIl/la sottoscritto/a _____ (Cognome e nome)
genitore/tutore **AUTORIZZA/NO** **NON AUTORIZZA/NO**

il proprio figlio/a a partecipare all' uscita didattica/visita guidata

DESTINAZIONE		
DATA		
LUOGO DI PARTENZA		
alle ore (circa)		
LUOGO DI RIENTRO		
alle ore (circa)		

e DICHIARA/DICHIARANO

- a) di essere stati informati del programma, delle modalità e degli obiettivi dell'iniziativa;
- b) di esimere la scuola da qualsivoglia responsabilità per eventuali incidenti a carico di persone e cose per comportamenti dell'alunno/a non conformi alle disposizioni impartite, assumendosene direttamente ogni responsabilità civile e penale;
- c) di aver preso visione del Regolamento disciplinare e delle norme di comportamento contenute nel Regolamento viaggi che l'alunno/a sarà tenuto/a ad osservare, nonché delle conseguenze, anche sul piano disciplinare, in caso di violazione;
- d) di aver adeguatamente e dettagliatamente istruito il /la proprio/a figlio/a circa i comportamenti corretti da tenere e quelli non corretti da cui astenersi, in particolare per quanto riguarda il divieto assoluto di allontanarsi, anche temporaneamente, dal gruppo e/o dagli accompagnatori;
- e) di esonerare l'Istituto e gli insegnanti accompagnatori da ogni responsabilità per iniziative prese dal/la proprio/a figlio/a al di fuori delle istruzioni impartite dai docenti responsabili;
- f) di autorizzare l'Istituto e gli insegnanti accompagnatori a far prestare al/la proprio/a figlio/a, in caso di necessità e urgenza, le cure mediche che si dovessero essere rese necessarie, impegnandosi fin d'ora a rimborsare le spese sostenute su semplice richiesta;
- g) di impegnarsi a rifondere l'istituto e/o pagare in proprio gli eventuali danni arrecati a cose e/o persone causati dal/la proprio/a figlio/a, qualora sia accertata la sua responsabilità;

h) che il/la proprio/a figlio/a

per quanto riguarda i farmaci salvavita

- NON necessita di farmaci salvavita
- necessita di farmaci salvavita (compilare allegato A – modulistica viaggi)

per quanto riguarda malattie e/o allergie particolari

- NON è affetto/a da malattie e/o allergie particolari
- è affetto da malattie e/o allergie particolari (specificare)

per quanto riguarda intolleranze, allergie, diete e regimi alimentari

- NON necessita di particolari diete/regimi alimentari
- necessita di particolari diete/regimi alimentari (specificare)

di conseguenza richiedono (specificare particolari necessità):

Data ____/____/_____

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale
o studente maggiorenne

Firma del genitore o dell'esercente la potestà genitoriale

N.B.: qualora sia apposta la firma di un solo genitore, questa si intende apposta anche per conoscenza della volontà e del consenso dell'altro genitore che esercita la responsabilità genitoriale, ai sensi degli artt. 316,337 ter e 337 quater del C.C.