**AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI AL VIAGGIO D’ISTRUZIONE – META/DATA**

**Acquisito al Prot. n. \_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Del\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Riservato all’ufficio protocollo**

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

dell’IC Bova Marina -Condofuri

Via Montesanto,26 Bova Marina (RC)

I sottoscritti \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitori dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la classe sez.\_\_\_\_\_\_\_ della scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del plesso di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZANO**

\_l\_ propri\_ figli\_ a partecipare al seguente viaggio d’istruzione

|  |  |
| --- | --- |
| DESTINAZIONE |  |
| MEZZO DI TRASPORTO |  |
| QUOTA DI PARTECIPAZIONE |  |
| DOCENTI ACCOMPAGNATORI |  |
| PERIODO |  |
| CLASSI |  |
| ORDINE DI SCUOLA |  |
| DOCENTI REFERENTE |  |

**PROGRAMMA DI VIAGGIO**

**1° GIORNO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_--**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2° GIORNO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_--**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_---**

**3° GIORNO**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_-**

I sottoscritti dichiarano di:

1. Aver preso visione del programma nonché delle norme di comportamento che l’allievo sarà tenuto ad osservare;
2. Esonerare l’Istituto e i docenti da ogni responsabilità per iniziative prese dall’alunno al di fuori delle istruzioni impartite dal docente responsabile del viaggio;
3. Autorizza la scuola a far prestare, in caso di necessità e di urgenza, le cure mediche che si dovessero rendere necessarie;
4. Versare sul c.c. intestato all’ Istituto Comprensivo Bova Marina Condofuri IBAN IT70S0538781310000043048118
5. *CAUSALE ………………………… NOME ALUNNO ………………………..*

*CLASSE ……SEZ. …. ” la somma di € ……. (50% di € ……) entro il ………………. e la rimanente somma di € ………… entro il ………………. oppure in unica soluzione €……………. entro il …………. Gli alunni con disabilità usufruiscono del 30 % di sconto sul totale della spesa.*

1. Impegnarsi a consegnare la ricevuta del versamento e autorizzazione al docente referente entro il ……………
2. Essere consapevole che la quota non prevede l’assicurazione per rinuncia al viaggio, pertanto in caso di rinuncia l’Istituto restituirà solamente il 50% di ……… euro, il restante 50% NON VERRA’RIMBORSATO

Firma genitore

Firma genitore

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

(norme di comportamento per studenti in viaggio d’istruzione)

**Regole di comportamento da osservare durante il viaggio**

* Non dimenticare di portare con sé un valido documento di identità. Assicurarsi che sia valido per l’espatrio.
* Portare con sé la tessera sanitaria europea.
* Portare sempre con sé copia del programma con il recapito dell’albergo.
* Non allontanarsi per nessun motivo dal gruppo senza esplicita autorizzazione dei responsabili di ogni viaggio (anche i maggiorenni) ed essere puntuali agli appuntamenti di inizio giornata ed a quelli eventuali in corso di giornata.
* Rispettare le persone, le cose e le abitudini dell’ambiente in cui ci si trova è indice di civiltà e premessa per un positivo rapporto con gli altri.
* Dopo il rientro in albergo, evitare di spostarsi dalla camera assegnata o di turbare in qualunque modo il diritto alla quiete degli altri ospiti.
* Rispettare gli orari per il proprio e l’altrui riposo: evitare di porsi in situazione di stanchezza per il giorno dopo, per non perdere la possibilità di fruire al massimo delle opportunità culturali ed umane offerte dal viaggio.
* Astenersi dall’introdurre nelle stanze bevande e/o sostanze nocive e/o oggetti pericolosi a qualunque titolo.
* Mantenere nei confronti dei vari prestatori di servizi (personale degli alberghi, autisti, guide ecc…) un comportamento corretto e rispettoso dell’altrui lavoro: evitare comportamenti chiassosi od esibizionistici, che non sarebbero certamente apprezzati.
* Tenere presente che eventuali danni arrecati a persone o cose saranno addebitati al responsabile, se individuato, o all’intero gruppo in caso diverso.
* Non sottovalutare neanche il danno di immagine che incidenti di questo tipo arrecano alla scuola ed agli studenti che ne fanno parte e al nostro paese di appartenenza.
* Le presenti regole sono intese a consentire che il viaggio si svolga nel modo più sereno e gratificante possibile: collaborare quindi spontaneamente alla loro osservanza, evitando agli accompagnatori di dover fare valere la propria autorità per ottenere ciò che dovrebbe essere naturale attendersi dai giovani studenti.

data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma dell’alunno\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(anche se minore)

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

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Istituto Comprensivo Bova Marina- Condofuri**  Via Montesanto, 26 - 89035 **BOVA MARINA** Tel. & fax 0965.761002  C. M. RCIC85200D  e-mail:[rcic85200d@istruzione.it](http://www.smsdandrea.it) – pec: [rcic85200d@pec.istruzione.it](mailto:rcic85200d@pec.istruzione.it)  sito : [www.icbovamarinacondofuri.gov.it](http://www.icbovamarinacondofuri.gov.it) |  |

Prot. N…………… Bova Marina ………………………………..

Ai Signori Genitori

Al Capocomitiva del Viaggio in ………………………….

Prof./Prof.ssa……………………………………………...

**Oggetto: Scheda medica**

La scheda medica che segue ha lo scopo di fornire alla Scuola tutte le informazioni sanitarie che riguardano l’alunno al fine di assicurare ai ragazzi il miglior trattamento medico possibile, nel malaugurato caso che abbiano bisogno di cure per malattie o infortuni che dovessero succedere durante le attività ed allo scopo di evitare situazioni di pericolo. Qualsiasi informazione sarà divulgata solo a quelle persone che per motivi di servizio devono conoscere la storia sanitaria degli alunni al fine di tutelarla nel rispetto della riservatezza del trattamento dei dati personali reso obbligatorio dalle norme sulla privacy (decreto 196/2003).

Nell’interesse degli alunni, pertanto la scheda medica deve essere compilata in ogni sua parte, in stampatello leggibile o a macchina. Le parti che il genitore non ritiene di dover compilare **devono essere barrate**, in modo da dimostrare che sono state almeno lette. La scheda deve essere firmata a penna da uno dei due genitori; in caso di genitori separati o divorziati, deve essere firmata dal genitore cui il ragazzo/a è stato affidato al momento della separazione con atto omologato del Tribunale.

Qualora vi siano raccomandazioni particolari il genitore potrà rivolgersi direttamente al dottore che accompagnerà gli alunni in viaggio presso l’Agenzia aggiudicataria della gara.

**La presente scheda medica annulla e sostituisce qualsiasi altra scheda sia già stata consegnata. Tanto a tutela della salute degli alunni.**

**Distinti saluti Il Dirigente Scolastico**

**Dott.ssa C. Irene Mafrici**

**Si prega di compilare la scheda informativa/sanitaria in modo preciso e completo e di consegnarla al**

Capocomitiva Prof./Prof.ssa ………………………………………………………………………..in busta chiusa con la dicitura esterna

**“Scheda medica” alunno/a………………………..............................................................................classe………sez………”**

**Nome e cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**n° tessera sanitaria e/o codice fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**eventuale esenzione ticket \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Reperibilità per casi di emergenza**

**Genitore/i** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Tel /Cell……………………………………………………………………………………………………………………………………………………. **Medico curante: Cognome e nome**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_\_CAP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_\_\_\_\_)tel.\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

cell\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Fornisce, sotto propria responsabilità, le informazioni di seguito richieste per la partecipazione del minore all’iniziativa:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali patologie in corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allergie particolari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Terapie particolari in corso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Diete sanitarie (allegare certificato medico)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali problemi alimentari\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Notizie utili da comunicare\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indicare farmaci o terapie per le quali non dà autorizzazione\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il bambino/la bambina

– Ha effettuato le vaccinazioni obbligatorie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

– Ha eseguito l’ultima somministrazione di vaccino antitetano in data ………………………

**La scuola garantisce che i dati comunicati dalla famiglia avranno un trattamento riservato secondo le attuali disposizioni di legge n. 675/1996 e seguenti, relative alla Privacy.**

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del genitore

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