**DICHIARAZIONE GENITORI STUDENTI MAGGIORENNI/MINORENNI RIGUARDO AI VIAGGI DI ISTRUZIONE**

Il/La sottoscritto/a, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, esercente la potestà

genitoriale su (indicare nome e cognome dell’alunno/a) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

**dichiara di essere a conoscenza delle norme che regolano la partecipazione degli alunni ai viaggi d’istruzione:**

* i viaggi d’istruzione sono a tutti gli effetti attività didattiche con conseguente valutazione sia sul piano strettamente disciplinare che comportamentale;
* lo studente, per l’intera durata del viaggio, è tenuto a mantenere un comportamento corretto, coerente con le finalità del Progetto educativo della scuola in generale e con le finalità del viaggio in particolare.
* E’ tenuto ad osservare scrupolosamente la regola del vivere civile onde evitare qualsiasi occasione, anche involontaria, di incidenti
* di aver preso espressa visione del programma del viaggio di istruzione e di accettarlo senza riserve;
* di impegnarsi a ritirare il figlio entro ventiquattro ore in caso di infortunio o malattia o quando, ad insindacabile giudizio del responsabile della gita, siano state commesse infrazioni al codice di comportamento sotto riportato;
* di aver sensibilizzato il figlio 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 al viaggio di istruzione è tenuto a rispettare l’orario di riposo notturno astenendosi dall’effettuare turbative e comunque dall’uscire, senza autorizzazione, dall’alloggio assegnatogli. L’orario di riposo notturno è compreso nella fascia oraria 22.30 - 7.30.
	+ ciascun partecipante al viaggio di istruzione si impegna a non assumere né distribuire bevande alcoliche o sostanze stupefacenti, 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 giudizio del responsabile del viaggio, gravemente lesivo delle elementari norme di civiltà sarà sanzionato, in casi gravi anche con l’esclusione dalla gita come da precedente punto 4).

Ladispoli, FIRMA DI ENTRAMBI I GENITORI

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

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

SCHEDA SANITARIA PER VIAGGI D’ISTRUZIONE

**I sottoscritti**

**Cognome …............................................................. Nome…........................................................**

**Cognome …..........................................................Nome…...........................................................**

**Genitori dell' alunno/a:**

**Cognome Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_classe\_\_**

**reperibili ai seguenti numeri telefonici:**

**Cell.…...................................................Cell..................................................................................**

FORNISCONO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA’, LE INFORMAZIONI DI

SEGUITO RICHIESTE PER LA PARTECIPAZIONE DELL’ALUNNO ALL’INIZIATIVA

Eventuali patologie in corso….......................................................................................

….....................................................................................................................................

Allergie particolari…......................................................................................................

Terapie eventuali in corso (allegare certificato medico)

….....................................................................................................................................

Diete sanitarie (allegare certificato medico) …...............................................................

….....................................................................................................................................

Notizie utili da comunicare ….........................................................................................

….....................................................................................................................................

….....................................................................................................................................

Indicare farmaci/terapie per le quali non dà l’autorizzazione…....................................

….....................................................................................................................................

A tale scopo il sottoscritto:

* è informato che, ai sensi della Legge 196/03 - Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali -, i dati di seguito forniti saranno gestiti dalla Scuola.
* dichiara di essere consapevole che, ai sensi degli artt. 73, 75, 76 del D.P.R. n. 445/2000, le dichiarazioni mendaci, le falsità negli atti e l’uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penale e delle leggi speciali vigenti in materia e che la Scuola è esente da ogni responsabilità in conseguenza di false dichiarazioni.

Ladispoli,………………..

Firma dei Genitori

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