



**ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
RAMACCA - PALAGONIA**

Via Fastucheria, 48 – 95040 Ramacca (CT) - Tel. 095 653329 – Fax 095 654544
Via Pitagora s.n.c. – 95046 Palagonia (CT) – Tel. 0957955421 – Fax: 0957945401
C.F.: 91019770873 – Codice Ufficio: UFH84X web www.iisramacca-palagonia.it
E-mail ctis04200g@istruzione.it E-mail certificata ctis04200g@pec.istruzione.it



CONSENSO DEI GENITORI

PER LA VISITA D'ISTRUZIONE IN PUGLIA DAL 02/04/2024 AL 06/04/2024

La sottoscrizione del presente modulo da parte dei genitori/tutori prima dell'inizio dell'attività è una condizione indispensabile per la partecipazione)

Io sottoscritto/a _____ come genitore/tutore
dell'alunno/a _____

- con la presente do il mio consenso alla sua partecipazione alla visita d'istruzione che si terrà in **PUGLIA dal 02/04/2024 al 06/04/2024**
- confermo di aver ricevuto informazioni adeguate relative a questa attività;
- dichiaro di aver fornito informazioni accurate e adeguate sullo stato di salute nonché sulle esigenze particolari di mio figlio/mia figlia nel modulo di candidatura dell'alunno.
- accetto che durante il soggiorno l'alunno sia sotto la potestà del docente accompagnatore.
- mio figlio/mia figlia è a conoscenza delle norme di comportamento a cui dovrà attenersi:
 1. L'alunno deve partecipare a tutte le attività programmate;
 2. l'uso di alcol e l'utilizzo di droghe è severamente vietato;
 3. non è consentita la guida di veicoli a motore
- accetto che possa essere necessario fare rientrare mio figlio/mia figlia a casa anticipatamente a mie spese in caso di una grave violazione delle norme comportamentali precedentemente descritte e a causa di un comportamento ritenuto inappropriato o offensivo nei confronti della comunità ospitante, che mette in pericolo lui o altre persone o causa danni alle proprietà;

acconsento/non acconsento a che mio figlio/mia figlia riceva un trattamento medico necessario nonché qualsiasi cura odontoiatrica, medica o chirurgica d'urgenza, compresa l'anestesia o la trasfusione di sangue, se considerata necessaria dalle autorità sanitarie presenti;

acconsento/non acconsento che mio figlio/mia figlia si rechi in pub, discoteche, locali notturni con o senza la sorveglianza dei docenti accompagnatori;

accetto/non accetto l'utilizzo di foto, riprese e filmati di mio figlio/mia figlia.

Ramacca _____

Firma del genitore/tutore

Dati di contatto del genitore/tutore:

Nome: _____

Telefono: _____