# 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**](http://www.iisramacca-palagonia.it/)

**E-mail** **ctis04200g@istruzione.it** **E-mail certificata** **ctis04200g@pec.istruzione.it**

# CONSENSO DEI GENITORI

**PER IL VIAGGIO D’ISTRUZIONE “CROCIERA NEL MEDITERRANEO”**

**DAL 18/04/2024 AL 25/04/2024**

*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 al viaggio d’istruzione “Crociera nel Mediterraneo” che si terrà **dal 18/04/2024 al 25/04/2024**
* 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;
* 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 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 la sorveglianza dei docenti accompagnatori;

acconsento/non acconsento l’utilizzo di foto, riprese e filmati di mio figlio/mia figlia.

(Luogo e data)

Firma del genitore/tutore

Dati di contatto del genitore/tutore:

Nome:

Telefono: