



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
"MARGHERITA DI NAVARRA"
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado
VIA PAPA GIOVANNI PAOLO II - 90046 – MONREALE – PA
TEL.: 0916535962 - 0916153720
e-mail: paic85800d@istruzione.it



CIRCOLARE N° 275

Monreale, 13/05/2022

Anno Scolastico 2021/2022

ALL'ALBO

**AI DOCENTI
N. CIRRI
R. GRANA'
A. LO COCO**

AI GENITORI DEGLI ALUNNI

AL D.S.G.A.

OGGETTO: Viaggio di istruzione TOUR BAROCCO

Classe	Numero Alunni	Accompagnatore
5A PIOPPO	18	LO COCO
5B PIOPPO	14	GRANA' – LO COCO
1B PIOPPO	15	CIRRI
2B PIOPPO	7	CIRRI

Gli alunni partecipanti alle ore **7:00** si recheranno al punto di raduno, individuato nel "Bivio Fiore";

- Ore **7:30** partenza per Noto.

Si invitano i genitori alla massima puntualità.

Si comunica inoltre che per ciascun alunno sarà necessario consegnare una quota di cauzione in hotel (5,00 €) – che sarà restituita al momento del ceck-out - e la tassa di soggiorno dell'importo complessivo per i tre giorni di € 3,00.

In allegato alla presente il "Modulo Allergie/Farmaci" che dovrà essere compilato, firmato e consegnato ai docenti accompagnatori il giorno 16 maggio 2022.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Patrizia Roccamatysi

Publicato all'Albo il 13/05/2022

Nr.pr. reg. albo 275



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE
"MARGHERITA DI NAVARRA"
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado
VIA PAPA GIOVANNI PAOLO II - 90046 – MONREALE – PA
TEL.: 0916535962 - 0916153720
e-mail: paic85800d@istruzione.it



MODULO ALLERGIE / FARMACI

(da restituire ai docenti accompagnatori)

I sottoscritti Sig. _____ e Sig.ra _____
genitori dell'alunno/a _____ classe _____ sez. _____ PRIMARIA SECOND.
partecipante al viaggio d'i./visita guid. che si svolgerà nella città di _____
dal _____ al _____, docenti accompagnatori _____

DICHIARANO

- Che il proprio/a figlio /a non presenta nessuna forma di allergia alimentare;
- Che il proprio/a figlio /a presenta la /le seguenti gravi forme di allergia alimentare:
 - Allergie o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/le allergia/e

- Allergie di altro tipo (indicare in stampatello nello spazio sottostante)

DICHIARANO INOLTRE

Che è in possesso della tessera sanitaria n° _____

Che è allergico ai seguenti medicinali _____

Che può assumere in caso di bisogno i seguenti farmaci (già in possesso) con la posologia sotto indicata:

Farmaco _____ Posologia _____

Farmaco _____ Posologia _____

Farmaco _____ Posologia _____

Terapie mediche in attoSe

Si

No

si quali

L'alunno/a gestirà la somministrazione dei farmaci in autonomia.

Col presente modulo i genitori comunicano formalmente ai docenti accompagnatori quanto sopra.

Recapiti telefonici: Cell. Padre _____ **Cell.Madre** _____

Casa _____ **Altro** _____

Monreale, _____

In caso di firma di un solo genitore:

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Firma del Genitore _____

Firma del Genitore _____