

**Al Dirigente Scolastico dell'I.I.S.  
"Sciascia Fermi"  
di Sant'Agata Militello**

Oggetto: Autorizzazione dei genitori per la partecipazione al Viaggio di Istruzione a **PRAGA dal 7 al 12 aprile 2025**

  1   sottoscritt\_\_\_\_\_ in qualità di  
genitor\_\_\_\_\_/esercitante la patria potestà dell'alunn\_\_\_\_\_  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ dell'indirizzo \_\_\_\_\_ con la presente AUTORIZZ\_\_\_\_\_   1    
propri\_\_\_\_\_ figli\_\_\_\_\_ a partecipare al **Viaggio di Istruzione a PRAGA dal 07/04/2025 al 12/04/2025** con partenza da Via Cernaia  
di Sant'Agata Militello alle ore **10:00 del 07/04/2025** e rientro previsto a Sant'Agata di Militello il **12/04/2025 nel tardo**  
**pomeriggio.**

  1   sottoscritt\_\_\_\_\_declina\_\_\_\_\_ l'Istituzione Scolastica da ogni responsabilità da danni a cose o a persone arrecate da comportamento  
non idoneo o inosservanza delle disposizioni impartite dal docente accompagnatore o dalle strutture ospitanti e da qualsiasi  
responsabilità per inconvenienti che potrebbero verificarsi in itinere.

  1   sottoscritt\_\_\_\_\_ acconsent\_\_\_\_\_ che gli organizzatori possano utilizzare immagini e video riferiti al suddetto viaggio, ed al  
trattamento dei dati personali.

Con la presente i genitori si impegnano al pagamento dell'importo dovuto per la partecipazione al viaggio sopra indicato anche  
qualora il proprio/a figlio/a, dopo le relative prenotazioni, non dovesse partecipare.

Pertanto, si fa presente che qualora il proprio/a figlio/a non dovesse partecipare al viaggio, dopo le relative prenotazioni, non si garantisce il  
rimborso della quota versata.

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA di entrambi i genitori

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

**Nel caso di genitori separati/divorziati** è prevista la firma di entrambi i genitori (cfr. articolo 155 codice civile modificato dalla Legge 8/2/06 n.54);  
**Nel caso di genitori non separati** nel caso firmi un solo genitore, egli dichiara di essere consapevole di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che  
esercita la responsabilità genitoriale - consapevole delle conseguenze amministrative e penali, per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità a i sensi  
del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli articoli 316, 337 ter e 337  
quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**NORME SPECIFICHE PER IL VIAGGIO D'ISTRUZIONE A PRAGA dal 07/04/2025 al 12/04/2025**

**Gli alunni dovranno essere in possesso di:**

- 1. Carta di identità NON scaduta, che non scada durante il periodo del viaggio;**
- 2. Tessera sanitaria, quella di plastica; chi non sia in possesso di questo tipo di tessera dovrà portare con sé il tesserino sanitario cartaceo;**
- 3. I soggetti con particolari patologie e/o allergie dovranno portare una documentazione dalla quale si evinca la patologia, eventuali interventi da effettuare in caso di necessità, nonché l'elenco di eventuali farmaci da assumere; il tutto rilasciato dal medico di base; inoltre, dovrà essere compilata l'allegata autocertificazione, firmata dal genitore.**

## AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

DICHIARO che mio figlio/a

\_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ Sez. \_\_\_\_\_ Indirizzo di studio \_\_\_\_\_

è in stato di buona salute ed è in grado di poter svolgere le attività proposte durante il viaggio d'istruzione A PRAGA dal 07/04/2025 al 12/04/2025 (escursioni a piedi, attività varie).

### SEGNALAZIONI VARIE

Allergie o intolleranze alimentari da segnalare agli accompagnatori, agli alberghi e ai ristoranti:

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

Medicinali a cui si è allergici \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Medicinali o cure da effettuare

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

Altro

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

DICHIARO, altresì, che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo l'organizzazione da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate nel presente modulo.

Data, \_\_\_\_\_

Firma dei genitori

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