

Autorizzazione Campo scuola – Informazioni personali dei partecipanti

Nome e cognome alunno/a: _____

Numeri telefonici da contattare (genitori): _____

Numero telefonico alunno/a: _____

Eventuali allergie o intolleranze alimentari: _____

Diete particolari: _____

Patologie da segnalare: _____

Farmaci che si possono assumere in caso di malattia: _____

Eventuali allergie a farmaci: _____

(Si raccomanda di dare al/la proprio/a figlio/a tutti i farmaci che si usano abitualmente)

Si allega fotocopia della tessera sanitaria e del documento di riconoscimento dell'alunno/a

I sottoscritti genitori/tutori dell'alunno/a dichiarano che quanto sopra corrisponde al vero e sollevano i Docenti da responsabilità derivanti da problematiche di salute non dichiarate nel presente modulo.

FIRMA DEGLI ESERCENTI LA POTESTA' GENITORIALE*

**E' obbligatoria la firma di tutti gli esercenti la potestà genitoriale. Se presente la firma di uno dei genitori, è necessaria una dichiarazione di accordo con il genitore non firmatario. Io sottoscritto/a _____ consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28. 12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28. 12.2000, DICHIARO che l'autorizzazione al viaggio di istruzione di cui sopra, in data odierna, è condivisa con il/la padre/madre di mio/a figlio/a. FIRMA DEL GENITORE*
