

Al Dirigente Scolastico  
dell'I.C. Giovanni XXIII Melissa (KR)

**MODULO ADESIONE VIAGGIO DI ISTRUZIONE TURISMO MONTANO - 22-25 MAGGIO 2024**

da inoltrare alla casella [kric818006@istruzione.it](mailto:kric818006@istruzione.it) in formato pdf  
compilato e sottoscritto dai genitori  
**entro e non oltre le ore 12:00 del 16.04.2024**

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_

La Sottoscritta \_\_\_\_\_

In qualità di Genitori / Tutori / Affidatari esercenti la responsabilità genitoriale

dell'alunno/a \_\_\_\_\_

Frequentante la classe \_\_\_\_\_ plesso \_\_\_\_\_

**Preso atto** della circolare n. 116 dell' 8.04.2024 **"Viaggio di Istruzione per la promozione del Turismo Scolastico Montano" - adesione**

**DICHIARANO**

- 1) la propria volontà di adesione per l'alunno/a sopra indicato;
- 2) di aver versato la quota di adesione di € 105.00 tramite sistema PagoPa, accettando che la stessa non potrà più essere restituita una volta effettuato il versamento;
- 3) l'autorizzazione alla pubblicazione e diffusione, tramite sito web scolastico, delle foto e del materiale multimediale relativo all'iniziativa scolastica;

**COMUNICANO INOLTRE CHE IL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A**

**(barrare con una X)**

- è affetto dalle seguenti intolleranze \ allergie alimentari:

\_\_\_\_\_ e può quindi assumere senza rischio tutti gli alimenti ad eccezione di quelli di seguito indicati (come da allegato certificato medico\*): \_\_\_\_\_

- è affetto da allergie / patologie / disturbi che richiedono un'attenta vigilanza e l'attuazione, in caso di crisi, degli interventi di primo soccorso specificati nell'allegata certificazione medica\*
- deve assumere i seguenti farmaci prescritti nell'allegata certificazione medica e forniti dalla famiglia, con espressa indicazione della loro conservazione e di modalità, tempi di somministrazione e posologia, nonché della fattibilità della loro somministrazione da parte di personale scolastico privo di competenze sanitarie

Farmaco \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Orario \_\_\_\_\_

❖ **Si allega (obbligatorio) il relativo certificato medico.**

Melissa, \_\_\_ / \_\_\_ / 2024

Firma dei genitori \_\_\_\_\_

(padre)

(madre)