



**Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO "MARTOGGIO"**

Via Scuole Medie s.n.c. - 95032 Belpasso (CT)
C.F. 93253630870 - C.M. CTIC8BM00T - Tel. 095 912381
ctic8bm00t@istruzione.it; ctic8bm00t@pec.istruzione.it; scuolaninomartoglio.edu.it

Al Dirigente Scolastico
I.C. "Martoglio" Belpasso (CT)

**DICHIARAZIONE DI ASSUNZIONE DI RESPONSABILITÀ E DI ASSENZA/PRESENZA
DI INTOLLERANZE E/O ALLERGIE**

Oggetto: Viaggio d'istruzione classi Terze - "Campus Cefalù Sporting Camp 2026" (Inclusione, Sport e Cultura) con visita guidata al centro storico di Cefalù (Pa) - (2 notti/3 giorni).

Il sottoscritto _____ genitore
dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____, avendo
autorizzato/a il/la proprio figlio/a a partecipare al viaggio d'istruzione di cui in oggetto, con la
presente dichiara di assumere ogni responsabilità per eventuali danni causati direttamente e
indirettamente dal/la figlio/a durante il viaggio di istruzione.

Numero di telefono della famiglia: _____

Numero di telefono dell'alunno/a: _____

L'alunno/a, consapevole del valore didattico-educativo oltre che socializzante del viaggio di istruzione, si impegna a:

- Partecipare attivamente e con diligenza all'iniziativa, volta all'accrescimento delle proprie conoscenze, seguendo le indicazioni fornite dai docenti e dalle eventuali guide.
- Mantenere un contegno riguardoso verso le persone e i luoghi visitati, che osservi il decoro personale e dell'istituzione scolastica rappresentata.
- Non allontanarsi arbitrariamente dal gruppo e ad osservare scrupolosamente tutti gli orari stabiliti dal programma e le disposizioni impartite dai docenti.
- Aver cura dei mezzi di trasporto e delle strutture ricettive, evitando di arrecarvi danni e rispettando la quiete e il riposo degli altri ospiti.
- Risarcire eventuali danni prodotti singolarmente o in concorso con altri.
- Aver cura della propria salute osservando una corretta alimentazione.

L'alunno inoltre è consapevole che eventuali infrazioni possono nuocere al sereno e pacifico svolgimento dell'iniziativa e che in tal caso potranno essere adottati opportuni provvedimenti disciplinari. Dichiaro, infine, sotto la mia personale responsabilità che mio/a figlio/a: **(segnare con una X dove interessati)**

	Segnare con X	Indicare eventuali patologie / allergie / farmaci
<i>Non soffre di alcuna patologia</i>		
<i>Soffre delle seguenti patologie</i>		
<i>Non è allergico né a farmaci né ad alimenti</i>		



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO COMPRENSIVO "MARTOGGIO"

Via Scuole Medie s.n.c. - 95032 Belpasso (CT)
C.F. 93253630870 - C.M. CTIC8BM00T - Tel. 095 912381

ctic8bm00t@istruzione.it; ctic8bm00t@pec.istruzione.it; scuolaninomartoglio.edu.it

<i>È allergico ai seguenti farmaci</i>		
<i>È allergico ai seguenti alimenti</i>		
<i>Deve assumere i seguenti farmaci</i>		
<i>Eventuali altre dichiarazioni</i>		

Belpasso, ____ / ____ / ____

Genitore 1

Genitore 2

Il sottoscritto consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337-ter e 337-quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori. Qualora la presente delega sia firmata da un solo genitore, si intende che la medesima delega sia stata condivisa da entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario