Dichiarazione per ac	ccettazione				
I sottoscritti,		e			
	(padre)	(madre)			
genitori dell'alunno/	'a	della classe sez.			
dichiara di esser		rme che regolano la partecipazione degli alunni ai gi d'istruzione:			
22	•	effetti attività didattiche con conseguente valutazione inare che comportamentale;			
corretto,	-	viaggio, è tenuto a mantenere un comportamento lel Progetto educativo della scuola in generale e con le			
	d osservare scrupolosam e, anche involontaria, di	ente la regola del vivere civile onde evitare qualsiasi incidenti			
-	espressa visione del prog ome da circolare prot. n.	gramma del viaggio di istruzione e di accettarlo senza			
quando, a	•	ro ventiquattro ore in caso di infortunio o malattia o del responsabile del viaggio, siano state commesse mento sotto riportato;			
• di aver sen	sibilizzato il figlio al risp	petto delle seguenti norme di comportamento:			
		ggio di istruzione è tenuto alla scrupolosa osservanza al responsabile del viaggio e degli accompagnatori;			
co as	orretto e rispettoso nei co stenersi dal commettere a	ggio di istruzione è tenuto ad osservare un contegno onfronti di terzi, accompagnatori e compagni e ad atti suscettibili di arrecare danni a cose o alla persone, che in ogni altro momento del viaggio;			
n av	scun partecipante al viaggio di istruzione è tenuto a rispettare l'orario di ripos tturno astenendosi dall'effettuare turbative e comunque dall'uscire, senza torizzazione, dall'alloggio assegnatogli. L'orario di riposo notturno è compres lla fascia oraria 22.30 - 7.30.				
d: q	istribuire bevande alcolic	ggio di istruzione si impegna a non assumere né che o sostanze stupefacenti, che potranno essere in estrate dagli accompagnatori, impregiudicato ogni			
	ascun partecipante si imp spressa autorizzazione di	pegna a non allontanarsi mai dalla comitiva senza i un accompagnatore.			
Per accettazione					
Lo/La studente/ssa .					
Il padre .					
La madre .					
Data					

## SCHEDA SANITARIA PER VIAGGI D'ISTRUZIONE

I sottoscritti						
Cognome	Nome					
Cognome	Nome					
Genitori dell' alunno/a:						
Cognome						
Nome	classe sez.					
reperibili ai seguenti numeri telefonici:						
Cell	Cell					
FORNISCONO SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA', LE INFORMAZIONI DI SEGUITO RICHIESTE PER LA PARTECIPAZIONE DELL'ALUNNO ALL'INIZIATIVA						
Eventuali patologie in corso						
Allergie particolari						
Terapie eventuali in corso (al	legare certificato medico)					
Diete sanitarie (allegare certi	ficato medico)					
Notizie utili da comunicare						
Indicare farmaci/terapie per le	quali non dà l'autorizzazione					
midicare farmaci/terapie per le	quan <u>non da</u> i autorizzazione					
A tale scopo il sottoscritto:						
trattamento dei dati persona - dichiara di essere consape dichiarazioni mendaci, le fa	ella Legge 196/03 - Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al li -, i dati di seguito forniti saranno gestiti dalla Scuola. vole che, ai sensi degli artt. 73, 75, 76 del D.P.R. n. 445/2000, le lsità negli atti e l'uso di atti falsi sono puniti ai sensi del codice penal in materia e che la Scuola è esente da ogni responsabilità in razioni.					
Cerveteri,	Firma dei genitori					