



ISTITUTO STATALE COMPRENSIVO "LUCIO VOLUSENO"

Scuola dell'Infanzia – Primaria – Secondaria 1° grado

Viale dei Tigli n. 7 - 52038 SESTINO (AR) ☎ 0575/772604 fax 0575/772760

e-mail: aric81400v@istruzione.it – aric81400v@pec.istruzione.it

COMUNICATO N. 54 del 10/11/2025

Ai genitori degli alunni
della Scuola Secondaria di I grado
di Sestino-Badia Tedalda

e p.c. ai docenti

Oggetto: richiesta pagamento viaggio di istruzione a ROMA del 04/05 DICEMBRE 2025 e compilazione modulistica allergie/intolleranze alimentari e somministrazione farmaci

In riferimento a quanto già comunicato per il viaggio di istruzione a ROMA, si informa che la quota totale comprendente il noleggio del pullman e l'ospitalità in albergo, è pari a **€ 123,00** ad alunno.

Si chiede di effettuare il pagamento tramite il sistema **Pago in rete** entro lunedì **17/11/2025**.

Saranno da consegnare agli insegnanti di classe in contanti prima della partenza:

- € 6,00 taxa di soggiorno
- € 10,00 cauzione per eventuali danni alla struttura (che verrà restituita)
- € 15,70 ingresso ai Musei Vaticani.

Si richiede inoltre di compilare la modulistica riferita alla eventuale somministrazione di farmaci durante l'uscita e quella riferita alle allergie/intolleranze alimentari.

Tali moduli devono essere riconsegnati ai docenti di classe entro il 17/11/2025, anche in caso di risposta negativa.

Distinti saluti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Giuseppe De Iasi

OGGETTO: dichiarazione assunzione farmaci e autorizzazione somministrazione

I sottoscritti _____

genitori dell'alunno/a _____ frequentante la classe _____ della
Scuola Secondaria di I grado di _____

DICHIARANO

sotto la propria responsabilità, che il/la proprio/a figlio/a

☐ NON ha necessità di assumere farmaci durante il soggiorno

Firma dei genitori _____

(la parte sottostante è da compilare solo per chi HA NECESSITÀ di assumere farmaci durante il periodo del soggiorno)

☐ HA necessità di assumere farmaci durante il soggiorno, pertanto

CHIEDONO

che sia somministrato al minore sopraindicato il/i farmaco/i indicato/i nella documentazione medica allegata, la quale dovrà riportare il farmaco e le relative modalità e dosi di somministrazione. A tal fine

AUTORIZZANO

il personale docente alla somministrazione del/dei farmaco/i come indicato, **sollevando** gli stessi da eventuali responsabilità civili e penali derivanti da tale atto.

☐ Si allega documentazione medica rilasciata dal medico curante, dove vengano indicate anche le dosi e le modalità di somministrazione del/i farmaco/i.

☐ Si fornisce il farmaco che dovrà essere consegnato agli insegnanti interessati, in confezione integra, tenendo nota della scadenza, così da garantire la validità del prodotto in uso.

Si prega di indicare qui di seguito eventuali numeri utili:

Medico curante: _____ Altro: _____

Data _____

Dichiarazione da rilasciare in caso di firma di un solo genitore/tutore: ai sensi dell'art. 155 del codice civile, poiché anche in caso di affidamento congiunto, le decisioni importanti relative all'istruzione sono assunte di comune accordo, si richiede la firma di entrambi i genitori. Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori, il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni mendaci, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma dei genitori _____

Al Dirigente Scolastico
Istituto "L. Voluseno"
Sestino-Badia Tedalda (AR)

Oggetto: Comunicazione allergie e/o intolleranze alimentari.

I sottoscritti _____ e _____ residenti
a _____ in piazza/via _____ / _____
genitori/tutori dell'alunno/a _____ nato/a _____ a
_____ il _____ frequentante per l'anno scolastico
20____/20____ la classe/sezione _____ sez. _____ della

(barrare la casella d'interesse)

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| ☐ Scuola dell'Infanzia | ☐ Badia Tedalda | ☐ Sestino |
| ☐ Scuola Primaria | ☐ Badia Tedalda | ☐ Sestino |
| ☐ S. Secondar di I grado | ☐ Badia Tedalda | ☐ Sestino |

DICHIARANO CHE

(barrare la casella d'interesse)

il/la propri/a figlio/a è affetto/a da:

- ☐ Intolleranza alimentare a _____
- ☐ Allergia alimentare a _____
- ☐ Altre forme di allergia _____
- ☐ Malattia metabolica (diabete, celiachia, favismo, fenilchetonuria, ecc.).

Si allega allo scopo relativa certificazione medica.

_____ / _____ / _____

FIRMA DEI GENITORI/TUTORI

Dichiarazione da rilasciare in caso di firma di un solo genitore/tutore:

Ai sensi dell'art. 155 del codice civile, poiché anche in caso di affidamento congiunto, le decisioni importanti relative all'istruzione sono assunte di comune accordo, si richiede la firma di entrambi i genitori. Nell'impossibilità di acquisire il consenso scritto di entrambi i genitori il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Firma _____