



Istituto Comprensivo “Enzo Bontempi”

Sede Uffici Via C. Battisti n. 44 - 20864 Agrate Brianza (MB)

Telefono 039650220 - 039650170

c.f. 87005370157 - codice mecc. MBIC8EY00R

Email: mbic8ey00r@istruzione.it - mbic8ey00r@pec.istruzione.it

Sito Internet: icsavio.edu.it



AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE AL PROGETTO DI GEMELLAGGIO anno scolastico 2025-26

Noi sottoscritti _____,
genitori/tutori dello/a studente/ssa _____
della classe _____

AUTORIZZIAMO

nostro figlio/a a partecipare al progetto di gemellaggio che è così modulato:

- **soggiorno dei ragazzi/e cechi/e in Italia dal 18.03.2026 al 22.03.2026,**
- **soggiorno dei ragazzi/e italiani/e in Repubblica Ceca dal 13.05.2026 al 17.05.2026,**

e affidiamo nostro/a figlio/a alla tutela dei docenti accompagnatori per l'intera durata del progetto e per la permanenza all'estero

DELEGHIAMO

i docenti accompagnatori ad adottare le disposizioni necessarie, in caso di gravi ed urgenti motivi che mettano a repentaglio la salute di nostro/a figlio/a, nonché altri provvedimenti resisi necessari dal suo comportamento, compresa l'eventuale esclusione dalla prosecuzione del progetto;

CI IMPEGNIAMO

- a fornire a nostro figlio il documento di identità valido per l'espatrio e la tessera sanitaria

DICHIARIAMO

- di essere a conoscenza che la quota di partecipazione oscilla tra 200 € e 400 € comprensiva delle spese amministrative di gestione.

Ci impegniamo a versare l'importo definitivo attraverso PagoPA rispettando le indicazioni date dall'Istituto.

Siamo a conoscenza del fatto che tale importo non ci verrà restituito in caso di mancata partecipazione al viaggio.

- di aver preso visione del programma del viaggio e di accettarlo in ogni sua parte e ci impegniamo ad accompagnare e ad attendere nostro figlio/a nei luoghi e negli orari indicati come inizio e termine delle attività previste.

- di essere a conoscenza del fatto che lo svolgimento del viaggio è subordinata al verificarsi di tutte le condizioni previste dal Regolamento di Istituto e alle condizioni di sicurezza nazionali ed internazionali.

- che nostro figlio/figlia è stato da noi informato che non dovrà per nessun motivo assumere o detenere sostanze stupefacenti, nella consapevolezza che la legislazione nazionale o locale prevede pene gravi o l'immediato rimpatrio.

- che nostro figlio è stato da noi informato che eventuali danni a pullman, oggetti e arredi saranno a totale carico dei genitori in quanto tutori dell'alunno/a.

- che nostro figlio/figlia è stato/a da noi informato/a che nei casi di violazioni del Regolamento di disciplina e del patto di Corresponsabilità dell'Istituto Comprensivo, può essere prevista l'immediata interruzione del viaggio con onere finanziario a carico della famiglia tutrice e il rientro sarà gestito in prima persona dalla rispettiva famiglia.

- che, siccome gli alunni partecipanti potranno portare con sé il telefono cellulare, la gestione e l'utilizzo dello stesso saranno normati dai docenti accompagnatori. L'Istituto non è responsabile delle attività in rete degli alunni partecipanti durante il progetto (social media, consultazione di siti, utilizzo delle chat, condivisione di file o immagini, etc...). A tal proposito si chiede espressamente ai genitori, responsabili dei propri figli in quanto tutori legali degli stessi, di attivare il **PARENTAL CONTROL** sul dispositivo del proprio figlio o figlia per tutta la durata del progetto di scambio, in modo da monitorarne eventuali attività.

- di essere consapevoli che i dati di seguito forniti circa lo stato di salute di nostro figlio sono riservati e vengono richiesti unicamente per garantire il suo benessere durante il viaggio.

- Non è affetto da alcun tipo di allergia e/o intolleranza
- È sottoposto a trattamento farmacologico come da allegata certificazione e prescrizione medica
- È affetto da allergia a sostanze e/o farmaci come da certificazione medica
- È affetto da allergie/intolleranze alimentari come da allegata certificazione medica

- di essere consapevoli che i docenti accompagnatori comunicheranno a tutte le parti coinvolte le esigenze alimentari e farmacologiche degli studenti, ma non saranno responsabili di eventuali comportamenti non osservanti delle prescrizioni mediche tenuti dai propri figli.

- di essere consapevoli che durante il viaggio gli studenti potranno avere del tempo a disposizione per poter effettuare piccole spese a carattere personale.

- di AUTORIZZARE/NON AUTORIZZARE (barrare la voce che NON interessa) foto e/o riprese video effettuate dalla scuola ospitante durante il viaggio e utilizzate esclusivamente sul sito dell'Istituto ospitante e/o del progetto.

- di AUTORIZZARE/NON AUTORIZZARE (barrare la voce che NON interessa) la somministrazione di farmaci da banco (PARACETAMOLO e IBUPROFENE) in caso di necessità

- di conoscere il Regolamento di disciplina dell'Istituto pubblicato sul sito e di accettarne le norme.

Ci impegniamo, pena la esclusione dalla attività didattica

1) ad effettuare il pagamento per la partecipazione secondo le indicazioni

2) a riconsegnare in formato cartaceo al coordinatore di classe il giorno 7 gennaio 2026 la presente autorizzazione, debitamente compilata, firmata e con allegati i documenti di identità di entrambi i genitori;

Firma madre	Firma padre	Firma dello studente
.....
TIPO DOCUMENTO IDENTITÀ	TIPO DOCUMENTO IDENTITÀ	TIPO DOCUMENTO IDENTITÀ
.....
NUMERO DOCUMENTO IDENTITÀ	NUMERO DOCUMENTO IDENTITÀ	NUMERO DOCUMENTO IDENTITÀ
.....

email e cellulare madre: _____

email e cellulare padre: _____

email e cellulare alunno/a: _____