



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE  
"MARGHERITA DI NAVARRA"  
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado  
VIA PAPA GIOVANNI PAOLO II - 90046 – MONREALE – PA  
TEL.: 0916535962 - 0916153720  
e-mail: [paic85800d@istruzione.it](mailto:paic85800d@istruzione.it)



**CIRCOLARE N° 283**

**Monreale, 20/05/2022**

**Anno Scolastico 2021/2022**

**ALL'ALBO**

**AI DOCENTI  
M. COSTA  
D. BATTAGLIA  
C. VIOLA  
G. DI MATTEO  
S. SGARLATA**

**AL COLLABORATORE SCOLASTICO  
L. MARINELLO**

**AI GENITORI DEGLI ALUNNI**

**AL D.S.G.A.**

**OGGETTO: Viaggio di istruzione TOUR BAROCCO**

<b>Classe</b>	<b>Numero Alunni</b>	<b>Accompagnatore</b>
3A PIOPPO	16	VIOLA – BATTAGLIA - MARINELLO
3B PIOPPO	13	SGARLATA – DI MATTEO - MARINELLO
2E PIOPPO	23	COSTA – VIOLA - SGARLATA
2A PIOPPO	5	SGARLATA
3G SAN MARTINO	6	COSTA
<b>TOTALE ALUNNI</b>	<b>63</b>	

Gli alunni partecipanti alle ore **7:00** si recheranno al punto di raduno, individuato nel "Bivio Fiore";

- Ore **7:30** partenza per Noto.

Si invitano i genitori alla massima puntualità.

Si comunica inoltre che per ciascun alunno sarà necessario consegnare una quota di cauzione in hotel (5,00 €) – che sarà restituita al momento del ceck-out - e la tassa di soggiorno dell'importo complessivo per i tre giorni di € 3,00.

In allegato alla presente il "Modulo Allergie/Farmaci" che dovrà essere compilato, firmato e consegnato ai docenti accompagnatori entro la data prevista per la partenza.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

**Dott.ssa Patrizia Roccamatysi**

Publicato all'Albo il 20/05/2022

Nr.pr. reg. albo 283





ISTITUTO COMPRESIVO STATALE  
"MARGHERITA DI NAVARRA"  
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado  
VIA PAPA GIOVANNI PAOLO II - 90046 – MONREALE – PA  
TEL.: 0916535962 - 0916153720  
e-mail: [paic85800d@istruzione.it](mailto:paic85800d@istruzione.it)



## MODULO ALLERGIE / FARMACI

(da restituire ai docenti accompagnatori)

I sottoscritti Sig. \_\_\_\_\_ e Sig.ra \_\_\_\_\_  
genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ PRIMARIA  SECOND.   
partecipante al viaggio d'i./visita guid. che si svolgerà nella città di \_\_\_\_\_  
dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_, docenti accompagnatori \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

- Che il proprio/a figlio /a non presenta nessuna forma di allergia alimentare;
- Che il proprio/a figlio /a presenta la /le seguenti gravi forme di allergia alimentare:
  - Allergie o intolleranze alimentari (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/le allergia/e

---

---

---

---

- Allergie di altro tipo (indicare in stampatello nello spazio sottostante)

---

---

---

---

### DICHIARANO INOLTRE

Che è in possesso della tessera sanitaria n° \_\_\_\_\_

Che è allergico ai seguenti medicinali \_\_\_\_\_

Che può assumere in caso di bisogno i seguenti farmaci (già in possesso) con la posologia sotto indicata:

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Farmaco \_\_\_\_\_ Posologia \_\_\_\_\_

Terapie mediche in attoSe

Si

No

si quali

---

L'alunno/a gestirà la somministrazione dei farmaci in autonomia.

Col presente modulo i genitori comunicano formalmente ai docenti accompagnatori quanto sopra.

**Recapiti telefonici: Cell. Padre** \_\_\_\_\_ **Cell.Madre** \_\_\_\_\_

**Casa** \_\_\_\_\_ **Altro** \_\_\_\_\_

**Monreale,** \_\_\_\_\_

**In caso di firma di un solo genitore:**

“Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori”.

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_