

Oggetto: *Autorizzazione dei genitori per viaggi/scambi* a. s. 2024/2025

**Meta:** TRIESTE, GORIZIA/NOVAGORICA, SLOVENIA, CROAZIA

**Data\*\*\*\*:**

- dal 3 al 6 marzo 2025 (Gruppo 1 - classi 3LA + 3LF)
- dal 4 al 7 marzo 2025 (Gruppo 2- classi 4LA +4SB +4SC)
- dal 5 all'8 marzo 2025 (Gruppo 3 - classi 4SA +4SD)

**\*\*\*\*tale suddivisione è di massima, e potrebbe variare a seguito di un'eventuale modifica nel numero dei partenti**

**Orario e luogo di partenza previsto:** Roma Fiumicino ore 7:00 (volo Roma Trieste ore 9 e 45)

**Orario e luogo di arrivo previsto:** Roma Fiumicino ore 20:25( volo Trieste - Fiumicino ore 19 e 30)

**Programma:** vedi allegato

**Accompagnatori:** .....

**Mezzo di trasporto:** aereo volo ITA Airways + pullman dedicato

**Costo:** Euro **425** (tale importo potrebbe subire lievi variazioni legate ai numeri effettivi dei partenti, come indicato sul programma).

**Note:** all'interno del programma sono state previste le visite guidate in tutte le località toccate.

**Allegati:** norme di comportamento, modulo per segnalazione allergie, intolleranze, regimi alimentari, eventuali farmaci. Programma dettagliato

---

   **\_I\_ sottoscritto/a** \_\_\_\_\_ **genitore/tutore**  
**dell'alunno/a** \_\_\_\_\_ **Classe** \_\_\_\_\_ **sez.** \_\_\_\_\_

**Autorizza \_I\_ figlio/a ad effettuare il viaggio in oggetto e si impegna al versamento dei costi relativi indicati. Dichiaro di essere a conoscenza e di accettare che in caso di defezione saranno addebitate a mio carico le eventuali penali applicate dalle agenzie.**

**Accetta inoltre che \_I\_ proprio/a figlio/a per tutta il viaggio sia sottoposto/a all'autorità ed alla responsabilità dell'insegnante accompagnatore del gruppo. Delega l'insegnante accompagnatore ad adottare congiuntamente le disposizioni necessarie in caso di urgenti motivi di salute.**

**Si impegna altresì a fornire al\_\_ proprio/a figlio/a dall'inizio alla fine della sua permanenza all'estero tessera sanitaria rilasciata dalla ASL, valida per i Paesi UE, che dà diritto alle prestazioni sanitarie.**

**Esonera poi l'Amministrazione Scolastica ed i Docenti e/o altro personale accompagnatore, da qualsiasi responsabilità nel caso che per qualsiasi voglia motivo \_I\_ proprio/a figlio/a non raggiunga il gruppo-classe ed il docente come da appuntamento ovvero prenda iniziative autonome all'insaputa dei docenti accompagnatori.**

**Dichiaro infine che il proprio/a figlio/a è stato da me informato/a che non dovrà per nessun motivo assumere o detenere sostanze stupefacenti, nella consapevolezza che la legislazione locale potrebbe**

---

**prevedere pene gravi e l'immediato rimpatrio, e che non dovrà guidare veicoli a motore (inclusi i motocicli) durante il periodo di soggiorno all'estero.**

Allegare eventuale segnalazione di allergie alimentari o patologie croniche.

**Data,**

**Firma del genitore/tutore/studente**

INTOLLERANZE/ALLERGIE ALIMENTARI O PATOLOGIE

SCUOLA: Liceo "James Joyce"

Nome e Cognome del genitore (in caso di minore):

.....

Nome e Cognome dell'alunno/a:

.....

VIAGGIO: Trieste, Gorizia, Slovenia, Croazia

INTOLLERANZA ALIMENTARE:

---

---

---

ALLERGIA ALIMENTARE (o altro tipo):

---

---

---

REGIME ALIMENTARE:

---

---

---

EVENTUALI FARMACI:

---

---

---

Acconsento al trattamento dei dati.

DATA:

FIRMA DEL GENITORE: \_\_\_\_\_

---