



AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
del Liceo Statale "J. Joyce" Ariccia  
**Prof. Giovanni Luca Russo**

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

**Meta:** Berlino

**Date:** Primo gruppo (5SC - 5LH) **5 - 9 febbraio 2025;**  
Secondo gruppo (4LC - 5LB) **12 - 16 febbraio 2025**

**Orario e luogo di partenza:** Roma Fiumicino, appuntamento ore 07 e 30; partenza volo ore 9 e 50

**Orario e luogo di arrivo previsto:** Roma Fiumicino, ore 18

**Programma:** vedi allegato

**Accompagnatrici:** Paradisi, Loiacono, Velletrani, Terenzi

**Mezzo di trasporto:** aereo (volo Easyjet)

**Costo** € 580.

**Note:** I nomi delle accompagnatrici potrebbero subire variazioni

**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. Dichiara 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.**

**Dichiara 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 dei genitori / dello studente se maggiorenne**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

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: Viaggio di Istruzione a Berlino

INTOLLERANZA ALIMENTARE:

---

---

---

ALLERGIA ALIMENTARE (o altro tipo):

---

---

---

REGIME ALIMENTARE:

---

---

---

EVENTUALI FARMACI:

---

---

---

Acconsento al trattamento dei dati:

DATA:

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

FIRMA DELLO STUDENTE/SSA \_\_\_\_\_  
(SE MAGGIORENNE)

---