



**MIM**  
Ministero dell'Istruzione  
e del Merito

MINISTERO ISTRUZIONE UNIVERSITA' RICERCA – UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
IC C.B. CAVOUR CASTEL MADAMA – Via Pio La Torre, snc, 00024 Castel Madama – (RM)

**AL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
DELL'I. C. "C.B. Cavour"  
00024 Castel Madama (RM)

### AUTORIZZAZIONE CAMPO SCUOLA

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori/tutori dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante nell'a. s. 20\_\_\_/20\_\_\_ la classe \_\_\_ sez. \_\_\_ plesso \_\_\_\_\_, presa visione del programma relativo al campo scuola che si effettuerà dal \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ al \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_, presso \_\_\_\_\_, utilizzando il/i seguente/i mezzo/i di trasporto: \_\_\_\_\_

#### DICHIARANO

- 1) di essere a conoscenza del programma di svolgimento del camposcuola e delle attività che potranno avere luogo durante lo stesso, compreso l'utilizzo di mezzi di trasporto, escursioni e altro,
- 2) inoltre, se si verificasse la necessità di modificare il programma di viaggio, i sottoscritti danno ampio mandato agli insegnanti accompagnatori, dichiarando fin d'ora di accettare ogni sua variazione in itinere al programma;
- 3) di essere a conoscenza che gli accompagnatori sono i docenti: \_\_\_\_\_
- 4) di assumersi ogni eventuale responsabilità derivante da inosservanza da parte del/della proprio/a figlio/a delle disposizioni impartite dai docenti accompagnatori, dal personale dei mezzi di trasporto, dai responsabili dell'albergo, degli Enti, dei locali presso i quali si effettua la visita o il viaggio di istruzione e dichiarano di sollevare gli accompagnatori, il Dirigente Scolastico e l'Amministrazione da qualsiasi responsabilità inerente o conseguente una condotta poco collaborativa dello studente;
- 5) che il proprio figlio/a necessita delle seguenti particolari attenzioni:  
Allergie: \_\_\_\_\_  
Intolleranze alimentari: \_\_\_\_\_  
Somministrazione di particolari farmaci \_\_\_\_\_  
Altro: \_\_\_\_\_
- 6) che quanto sopra corrisponde al vero e sollevano i docenti da responsabilità derivanti da problematiche di salute non dichiarate nel presente modulo.

I genitori/tutori **AUTORIZZANO** nell'esercizio della responsabilità genitoriale, la partecipazione del/della proprio/a figlio/a al campo scuola sopra citato. I sottoscritti esonerano la Scuola da ogni responsabilità per fatti non imputabili a difetto di organizzazione o vigilanza.

Castel Madama, li \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

FIRMA DEGLI ESERCENTI LA POTESTÀ GENITORIALE\*

\_\_\_\_\_

\* È obbligatoria la firma di tutti gli esercenti la potestà genitoriale. Se presente la firma di uno solo dei genitori, è necessaria una dichiarazione di accordo con il genitore non firmatario.

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000, DICHIARO che l'autorizzazione al viaggio di istruzione di cui sopra, in data odierna, è condivisa con il/la padre/madre di mio/a figlio/a.

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