



Liceo **G**innasio **L**uigi **G**alvani

Modulo di adesione: viaggi di istruzione

Al Liceo Classico Statale “L. Galvani” di Bologna

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____
della classe _____

comunico la partecipazione del/la proprio/a figlio/a al **viaggio di istruzione** e verso la caparra tramite avviso di pagamento Pago in rete – PagoPA, impegnandomi a saldare la quota nei termini che saranno richiesti una volta definita la quota di viaggio;

NON acconsento alla partecipazione di mio figlio/a allo *stage/viaggio di istruzione*

Firma del genitore

PARTE DA RESTITUIRE FIRMATA DA ENTRAMBI I GENITORI ALLA SCUOLA

Al Liceo Classico Statale "L. Galvani" di Bologna

I sottoscritti
genitori dell'alunno/a..... classe
dichiarano di aver preso visione della nota relativa al viaggio d'istruzione/stage ... delle classi □□
dal □□□□ al □□□□, e di autorizzare la partecipazione del figlio/a.

Gli scriventi genitori sono altresì consapevoli che non è consentito fumare in luoghi pubblici e/o vendere tabacchi e/o somministrare bevande alcoliche ai ragazzi al di sotto dei 18 anni.
La sera, dopo cena, non è possibile uscire se non per attività organizzate e con la presenza dei docenti accompagnatori.

Gli studenti, per qualsiasi richiesta e/o problema, dovranno contattare i docenti accompagnatori, al fine di consentire un intervento sollecito.

Durante le ore notturne gli alunni dovranno rimanere nelle stanze loro assegnate dai docenti accompagnatori rispettando le indicazioni ricevute in materia di sicurezza, orari di riposo e di ritrovo, evitando qualunque comportamento che possa recare disturbo e/o danno ai compagni di stanza/classe e agli altri ospiti dell'albergo.

Si rammenta che eventuali danni alle suppellettili e/o locali e/o alle cose saranno addebitati agli artefici.

Gli scriventi genitori dichiarano che l'alunno/a è in possesso del livello di maturità psico-fisica necessario per affrontare l'esperienza del viaggio d'istruzione/stage così come organizzato dalla scuola.

Gli scriventi genitori dichiarano inoltre che:

L'alunno/a _____

È allergico/a ai seguenti cibi: _____

È intollerante ai seguenti cibi: _____

È allergico/a alle seguenti medicine (o principi attivi presenti): _____

Presenta inoltre le seguenti allergie: _____

Ha necessità di assumere i seguenti medicinali _____

....., li

Firma di entrambi i genitori

