

***MINISTERO DELL’ ISTRUZIONE E DEL MERITO UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO***

ISTITUTO COMPRENSIVO ***“DOMENICO PURIFICATO”***

***Via della Fonte Meravigliosa,79 00143 ROMA 06/5040904 / fax 06/51963051***

✉**rmic869002@istruzione.it/rmic869002@pec.istruzione.it -Cod.Fisc. 97197090588**

 Ai Genitori degli Alunni

delle classi \_\_\_\_\_\_\_

Scuola Secondaria I grado

# Oggetto: Viaggio d’istruzione - Regole di comportamento

Si informano le famiglie degli alunni delle classi \_\_\_\_\_\_ , che è previsto un viaggio di istruzione nei giorni:

A tal fine si chiede ai genitori di prendere visione delle “Regole di comportamento” allegate e di compilare

**i seguenti moduli,** da restituire al coordinatore o altro docente in cartaceo **entro lunedì \_\_\_\_\_\_\_\_\_.**

* MODULO DI ADESIONE e AUTORIZZAZIONE
* MODULO INTOLLERANZE/ALLERGIE/MEDICINE
* MODULO RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI (All. 1) unitamente alla “PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE” (All. 2)

# Il costo orientativo è di circa EURO \_\_\_\_\_\_, di cui il \_\_\_\_% da versare entro \_\_\_\_\_\_\_. All’arrivo, l’albergo richiederà agli alunni una cauzione di XX euro in contanti a copertura di eventuali rotture o danni accidentalmente accaduti, che verranno restituiti ai ragazzi dall’albergo al termine del viaggio. Si ricorda che il personale scolastico non può maneggiare denaro. Seguirà programma successivamente.

**Regole di comportamento**

Il Regolamento per viaggio e/o campo scuola dell’I.C. “D. Purificato” consultabile sul sito della scuola al seguente link:

<https://www.icpurificato.edu.it/wp-content/uploads/2024/03/Regolamento-per-viaggio-e_o-campo-scuola-1.pdf> è integrato dalle seguenti norme di comportamento:

Lo studente, per l’intera durata del viaggio, è tenuto a mantenere un comportamento corretto, coerente con le finalità del Progetto Educativo della scuola in generale e con le finalità del viaggio in particolare.

È tenuto ad osservare scrupolosamente le regole del vivere civile onde evitare qualsiasi occasione, anche involontaria, di infortunio. Deve rispettare gli orari e le scansioni previsti dal programma del viaggio.

# Nessuno studente può allontanarsi dall’albergo o dal gruppo su iniziativa personale.

**Il bagaglio dell’allievo non deve contenere quanto non attiene la visita d’istruzione, in particolare è fatto divieto di portare dispositivi elettronici (ipad, console di gioco, laptop…) a eccezione dello smartphone personale; durante il viaggio è tassativamente vietato l’acquisto e l’utilizzo di bevande alcoliche (compresa la birra), di tabacco e di sostanze pericolose per la salute propria e degli altri alunni, nonché cibi da consumare in camera.**

All'arrivo in albergo, il primo giorno, una volta assegnata la sistemazione nelle stanze ai gruppi, sarà opportuno che gli alunni segnalino eventuali disservizi o presenza di arredi danneggiati ai propri docenti per evitare addebiti eventuali ed arbitrari da parte del gestore dell’albergo agli occupanti le stanze.

Non è consentito l’uso di farmaci che non siano stati preventivamente autorizzati dai genitori; gli stessi dovranno sottoscrivere una dichiarazione (**Modulo intolleranze/allergie/medicine: Dichiarazione),** prima della partenza relativamente all’assenza o presenza di eventuali intolleranze alimentari, allergie e/o patologie e allegare eventuale certificazione.

Nel caso di patologie che prevedano l’assunzione di farmaci, i genitori dovranno altresì compilare un modulo di richiesta (all.1) e far compilare dal medico curante un modulo di autorizzazione alla somministrazione dei farmaci (all.2).

I TRE MODULI (in formato cartaceo) E LA PRESA VISIONE DEL REGOLAMENTO ANDRANNO CONSEGNATI AL DOCENTE COORDINATORE entro il 08/04/2024

È consentito agli allievi portare il telefono cellulare che dovrà servire esclusivamente per le comunicazioni quotidiane con la famiglia (in orari da concordare in relazione al programma del viaggio); negli altri orari il telefono cellulare dovrà rimanere spento. **Quando i ragazzi si ritireranno nelle camere per la notte, ciascun docente accompagnatore prenderà in consegna i cellulari degli alunni, onde evitare qualsiasi uso improprio degli stessi nelle ore notturne;** la loro riconsegna avverrà il mattino successivo. Si precisa inoltre che agli alunni non è consentito uscire dalle proprie camere durante la notte tranne che per chiamare l’insegnante; è altresì

vietato recarsi nelle stanze dei compagni.

Qualunque comportamento non corretto determina l’applicazione di provvedimenti disciplinari, graduabili in base alla gravità della mancanza commessa.

Nel caso qualche alunno si comporti in maniera poco responsabile e corretta, i docenti accompagnatori, d’intesa con il Dirigente Scolastico, avviseranno telefonicamente la famiglia affinché provveda a riportare a casa l’alunno, con onere finanziario a carico della famiglia stessa.

da restituire a scuola

**ADESIONE E AUTORIZZAZIONE VIAGGIO D’ISTRUZIONE NELLE MARCHE**

Al Dirigente Scolastico I sottoscritti: e

genitori dell’alunno/a classe sez

dichiarano di aver preso visione della circolare avente per oggetto: “Viaggio d’istruzione – Regole di comportamento”, e di approvare interamente contenuto e allegati.

(barrare la voce di interesse)

□ AUTORIZZANO □ NON AUTORIZZANO

Il proprio figlio a partecipare al Viaggio d’istruzione \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con un costo orientativo di \_\_\_\_\_\_\_ € circa, mezzo di trasporto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e dichiarano di essere in regola con il versamento della quota assicurativa.

I sottoscritti si impegnano al pagamento telematico dell’**anticipo del xx% della quota prevista entro e non oltre il giorno \_\_\_\_** e della quota restante dell’importo definitivo con congruo anticipo rispetto alla partenza, per consentire alla scuola di effettuare il buono d’ordine all’ente e/o alla ditta trasporti e sono consapevoli che il versamento sarà dovuto anche in caso di assenza improvvisa dell’alunno.

## I sottoscritti autorizzano il Docente accompagnatore al ritiro del cellulare del proprio figlio durante le ore notturne

MADRE/TUTORE (firma): PADRE/TUTORE (firma):

**In caso di unica firma** il sottoscritto dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**Modulo intolleranze/allergie/medicine: Dichiarazione**

I sottoscritti ……....................................................................... e ……….............................. ...............................................

genitori dell'alunno/a...................................................................................................classe................sez.........

partecipante al viaggio d’istruzione

## DICHIARANO

* che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna intolleranza/allergia alimentare/altre patologie;
* che il proprio figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

.........................................................................................................................................................

.................................................................................................................................. .......................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

* che il proprio/a figlio/a presenta le seguenti altre patologie:

.........................................................................................................................................................

* altro:

.........................................................................................................................................................

\* **In caso di particolari patologie, intolleranze o allergie potrà essere richiesto, certificato o parere del medico curante** che attesti che la partecipazione al campo-scuola non costituisca un rischio per la salute dell’alunno/a.

## che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali DA BANCO sotto il controllo di un docente, secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

Farmaco..............................................................posologia.............................................................

Data, ................................

MADRE/TUTORE (firma): PADRE/TUTORE (firma):

**In caso di unica firma** il sottoscritto dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVAVITA (NON medicinali da banco)

(DA COMPILARE A CURA DEI GENITORI DELL'ALUNNO E DA CONSEGNARE AL DOCENTE COORDINATORE)

I sottoscritti



genitori dell’alunno/a

nato/a a il residente a in via frequentante la classe della Scuola sita a in via Essendo il minore affetto da

e considerata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito scolastico dei farmaci come da allegata autorizzazione medica rilasciata in data

dal Dr

Si precisa che la somministrazione del farmaco è fattibile anche da parte di personale non sanitario e di cui si autorizza fin d'ora l'intervento.

acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rivelare lo stato di salute delle persone)

SÌ NO

MADRE/TUTORE (firma): PADRE/TUTORE (firma):

**In caso di unica firma** il sottoscritto dichiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 316, 337 ter e 337 quater del Codice Civile che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Numeri di telefono utili:

* + Pediatra di libera scelta/ Medico Curante
	+ Genitori

PRESCRIZIONE DEL MEDICO CURANTE (PEDIATRA DI LIBERA SCELTA O MEDICO DI MEDICINA GENERALE) ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO all.2

Vista la richiesta dei genitori e constatata l'assoluta necessità SI PRESCRIVE

LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI SOTTOINDICATI, DA PARTE DI PERSONALE NON SANITARIO, IN AMBITO E IN ORARIO SCOLASTICO ALL'ALUNNO/A

Cognome Nome Data di nascita Residente a in via Telefono Classe della Scuola sita a in via Dirigente Scolastico

**del seguente farmaco**

Nome commerciale del Farmaco

Modalità di somministrazione Dose Orario:

1^dose 2^ dose 3^ dose 4^ dose

Durata terapia: dal al

Modalità di conservazione del farmaco

note



Data

Timbro e firma del Medico di Medicina Generale o Pediatra

