

MODULO DI AUTORIZZAZIONE PER GITE SCOLASTICHE

Al Dirigente
scolastico Istituto
Comprensivo Darsena

Il / La sottoscritto/a _____
residente in via _____ n. _____
città _____ recapito telefonico _____
genitore di _____ nato/a a _____
il _____
frequentante per l'anno scolastico _____ *l'Istituto Comprensivo Darsena.*
[] scuola infanzia [] scuola primaria [] scuola sec. I grado sezione/classe _____
Plesso _____

In merito al viaggio di istruzione con destinazione _____ con
data di partenza _____ e data di ritorno

DICHIO.

AUTORIZZAZIONE ALLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI DI USO COMUNE

- AUTORIZZO** **NON AUTORIZZO** il personale scolastico a somministrare;
 AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** mio/a figlio/a ad autosomministrarsi, sotto la supervisione del docente;

In seguenti farmaci di uso comune in caso di necessità:

Farmaco	Dosaggio	Quando somministrare
<input type="checkbox"/> Paracetamolo (es. Tachipirina)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ibuprofene (es. Moment, Nurofen)	_____	_____
<input type="checkbox"/> Farmaci per mal di stomaco	_____	_____
<input type="checkbox"/> Farmaci per mal di testa	_____	_____
<input type="checkbox"/> Farmaci per mal di gola	_____	_____
<input type="checkbox"/> Altro: _____	_____	_____

COMUNICAZIONE DI ALLERGIE E INTOLLERANZE

- Il/La minore **NON presenta** allergie o intolleranze note
 Il/La minore **presenta** le seguenti allergie o intolleranze:
• Allergie alimentari: _____
• Allergie a farmaci: _____

- Altre allergie (pollini, punture di insetti, ecc.): _____
- Intolleranze alimentari: _____

DIETE SPECIALI

Il/La minore **NON segue** diete speciali Il/La minore segue la seguente dieta speciale:

- _____

AUTORIZZAZIONE AL PRONTO SOCCORSO

AUTORIZZO **NON AUTORIZZO** il personale scolastico accompagnatore, in caso di emergenza, a rivolgersi al Pronto Soccorso o ad altra struttura medica e ad adottare i provvedimenti necessari per la salute e l'incolumità dell'alunno/a.

Altre informazioni utili sul/la minore (eventuali problemi di salute, fragilità, ecc.):

CONTATTI DI EMERGENZA

Indicare almeno due contatti da chiamare in caso di emergenza in ordine di priorità:

1. Nome e Cognome: _____ Relazione con l'alunno/a:
_____ Telefono: _____
2. Nome e Cognome: _____ Relazione con l'alunno/a:
_____ Telefono: _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

AUTORIZZO il trattamento dei dati personali e sensibili forniti nel presente modulo ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) esclusivamente per finalità legate alla partecipazione alla gita scolastica e all'assistenza sanitaria durante la stessa.

DOCUMENTI OBBLIGATORI DA ALLEGARE

- **Copia del documento d'identità di entrambi i genitori.**

Nota: È obbligatorio allegare copia dei documenti d'identità di entrambi i genitori/tutori. In caso di famiglia monogenitoriale o altra situazione particolare, allegare documentazione attestante.

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver fornito informazioni complete e veritiere sullo stato di salute dell'alunno/a e si impegna a comunicare tempestivamente eventuali variazioni.

Luogo e data: _____

Firma del genitore/tutore: _____