

Circ. 267

Salemi, 23/02/2024

- ☞ Ai docenti delle classi 1^e Sc. Sec. I grado
- ☞ Ai genitori delle classi 1^e della scuola sec- I grado
- ☞ E p.c. al D.S.G.A.
- ☞ Albo sede
- ☞ Al sito Web della scuola

OGGETTO: Viaggio d'istruzione classi 1^e scuola sec. I grado

Si comunica alle SS LL che il viaggio d'istruzione a Tindari- Patti previsto per le classi 1^e della scuola Sec. I grado si svolgerà dal **18 Marzo 2024 al 19 Marzo 2024**.

Gli alunni saranno accompagnati dai docenti di seguito elencati:

Prof.sse Bellitti Marilena - Pirrello Brigida	per la classe 1 ^a A plesso Salemi
Prof.re Marguccio Francesco	per la classe 1 ^a B plesso Salemi
Prof.sse Scalisi Marcella – Catarinicchia Licia	per la classe 1 ^a C plesso Salemi
Prof.ssa Lo Castro Maia Rita	per la classe 1 ^a D plesso Salemi
Prof.re Riggio Gianluca Capogruppo – Occhipinti Giuseppe	per la classe 1 ^a A plesso Gibellina

Seguirà circolare dettagliata sul programma di viaggio. Si invitano le famiglie degli alunni a comunicare, con cortese sollecitudine, eventuali casi di allergie e/ o intolleranze alimentari, mediante la compilazione del modulo allegato alla presente, che dovrà essere consegnato ai rispettivi coordinatori di classe .

Il Dirigente Scolastico
 (Prof. Salvino Amico)
 (Firme autografe sostituite a mezzo
 stampa ex. art. 3 c. 2 D.Lgs. n.39/93

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. " G. Garibaldi- G.Paolo II "
SALEMI - GIBELLINA**

Il/la sottoscritto/a _____ genitore/tutore
dell'alunno/a _____ frequentante la Classe _____ Sez. ____
Scuola _____ del Plesso di _____ A.S. _____
partecipante al Viaggio di Istruzione/Visita GUIDATA in _____ dal _____
al _____

informa il Dirigente Scolastico

Che il proprio figlio/a, in base alle procedure diagnostiche eseguite risulta allergico/a al/i
seguente/i alimento/i che dovranno essere pertanto esclusi dalla dieta durante il viaggio:

Che il proprio figlio/a, in base alle procedure diagnostiche eseguite risulta allergico/a al/i
seguente/i farmaci: _____

Che il proprio figlio/a durante il periodo Viaggio di Istruzione/Visita GUIDATA deve assumere il/i
seguente/i farmaci: _____

Contestualmente, informa il D.S., circa la completa autonomia del minore a gestire gli orari
somministrazione dei suddetti farmaci e la loro conservazione, sollevando la scuola da ogni
responsabilità in ordine a quanto dichiarato sopra.

Salemi _____

Firma Del Genitore
