



Comune di Salemi



Unione



Ministero dell'Istruzione e del



Regione



Comune di Gibellina



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° Grado
ad Indirizzo Musicale
"G. GARIBALDI - G. PAOLO II"
SALEMI (TP)**



Peo: tpic829001@istruzione.it – Pec: tpic829001@pec.istruzione.it – Sito web: <https://icgaribaldisalemi.edu.it>

Via San Leonardo, 27 – 91018 SALEMI (TP) – tel. 0924-982254 - Fax 0924-981011 - C.F. 81000150813 - Cod. Mecc. TPIC829001

Circ. 510

Salemi, 15/04/2025

- A Tutto il Personale docente
- Ai genitori delle classi 2^e scuola Secondaria Salemi
- E p.c. al D.S.G.A.
- Albo sede
- Al sito Web della scuola

OGGETTO: Viaggio d'istruzione a Siracusa

Viste le proposte avanzate in seno ai consigli di classe riguardo i viaggi d'istruzione, le classi 2^aA , 2^aB 2^aC e 2^aD della scuola Secondaria di Salemi effettueranno il viaggio d'istruzione a Siracusa dal 02 Maggio al 04 Maggio 2025 presso:

Meta:Siracusa

partenza il giorno: 02 Maggio 2025 dalla Piazza Martiri di Nassiriya di Salemi

mezzo di trasporto: Pullman

rientro il giorno : 04/05/2025 Piazza Martiri di Nassiriya di Salemi

Gli alunni saranno accompagnati dai docenti di seguito elencati:

Prof.ri Lombardo Leonardo- Bonanno Eleonora	per la classe 2 ^a A plesso Salemi
Prof. ssa Fiorello Rosalia	per la classe 2 ^a B plesso Salemi
Prof. ssa Maniscalco Anna	per la classe 2 ^a C plesso Salemi
Prof.ssa Di Stefano Clara Capogruppo	per la classe 2 ^a D plesso Salemi

Alla presente si allega scheda rilevazione allergie da compilare e consegnare al coordinatore nel più breve tempo possibile . Si allega altresì documento d'impegno dello studente .

Il programma viaggio dettagliato verrà pubblicato con successiva circolare.

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**

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
