



**LICEO CLASSICO “MEGARA”**  
*Classico – Scientifico – Scienze Umane – Linguistico – Artistico*  
*- Scienze Umane Quadriennale - Artistico Serale*



96011 AUGUSTA – VIA STRAZZULLA, 10  
 Tel.: 0931-522024/521834



Codice Fiscale: 81002250892 PEC: srpc070006@pec.istruzione.it e-mail: srpc070006@istruzione.it sito web: <http://www.licemegara.edu.it>

**AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI PER LA PARTECIPAZIONE  
 DEL PROPRIO FIGLIO AL VIAGGIO DI ISTRUZIONE**

Il/La sottoscritto/a.....genitore  
 dell'alunno/a..... frequentante  
 l'Istituto ..... classe ..... sezione .....

**dichiara**

- di essere a conoscenza del viaggio d'istruzione in ..... dal .....al.....  
 e di **autorizzare** il proprio figlio a parteciparvi;

- di essere consapevole che l'istituzione scolastica non è responsabile dei danni causati da comportamenti dell'alunno non consoni;

-che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;

-che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i o ai farmaci (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti, specificare ciò che si può mangiare in alternativa e i farmaci):

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

-che il proprio figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali secondo le indicazioni e la posologia sotto riportata:

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

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

-che il proprio figlio/a segue la seguente terapia

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

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

-allega fotocopia del documento d'identità, integro e in corso di validità, del proprio/a figlio/a.

AUGUSTA

Firma di entrambi i genitori