



Unione Europea



Repubblica Italiana

Regione Sicilia



LICEO STATALE "F. DE SANCTIS" "LINGUISTICO e delle SCIENZE UMANE"

95047 Paternò - Via Fogazzaro, 18 - Tel. 095.6136690 - Fax 095.6136689
www.liceodesanctispaterno.edu.it-pec:ctpm01000e@pec.istruzione.it-email:ctpm01000e@istruzione.it
Codice Univoco dell'Ufficio UF4XNA - Codice Fiscale 80008970875

Modulo di partecipazione al programma Scambio culturale con la Germania 2024/25

Il/la sottoscritto/i genitore/i (ovvero il sottoscritto tutore legale) genitore 1 / tutore:

_____ del/la
genitore2: _____ dello/a
studente/essa _____ presenta/presentano la candidatura
del/della proprio/a figlio/a (ovvero del/della minore su cui esercita/esercitano la
responsabilità genitoriale) al programma di scambio culturale e a tal fine
dichiara/dichiarano quanto segue.

Dati dello/a studente/essa

Cognome _____

Nome _____

Genere _____

Data di nascita (gg/mm/aaaa) _____

Indirizzo completo dell'abitazione:

Via _____

n.civico _____ cap _____

Comune _____ Provincia _____

Telefono cellulare dello/a studente/essa _____

Indirizzo e-mail dello/a studente/essa _____

- Attività sportive che allo/a studente/essa piace praticare o alle quali è interessato/a, in ordine di preferenza
- Lo/la studente/essa pratica uno sport a livello agonistico o ·Sì o ·No (se la risposta alla precedente è sì) lo sport praticato a livello agonistico _____
- Attività culturali/ricreative alle quali lo/la studente/essa interessato _____
- Lo/la studente/essa suona uno strumento musicale o ·Sì o ·No (se la risposta alla precedente è sì, indicare quale)

- Aggettivi corrispondenti alla personalità dello/a studente/essa (al massimo 3 aggettivi)
- Lo/la studente/essa accetta uno scambio misto (con corrispondente spagnolo di altro genere) o ·Sì o ·No (se la risposta alla precedente è sì)è necessaria una camera separata.
- Si dichiara che lo/la studente/essa ha le seguenti intolleranze/allergie:

- Lo/la studente/essa segue una dieta speciale o S·ì o ·No (se la risposta alla precedente è sì) Si dichiara che lo/la studente/essa segue la dieta speciale sottoindicata:

- **COMPOSIZIONE DELLA FAMIGLIA**
- Soggetto che esercita la responsabilità genitoriale(una sola risposta ammessa) o genitore o tutore (se non presenti genitori) (Compilare i dati del genitore/tutore)

Cognome_____

Nome_____

Indirizzo e-mail_____Cellulare_____

Professione_____

- È presente un secondo genitore (una sola risposta ammessa) o ·Sì o ·No (se la risposta alla precedente è sì, compilare i dati del secondo genitore)

Cognome _____Nome _____

Indirizzo e-mail_____Cellulare_____

Professione_____

- Composizione della famiglia, specificando il numero di figli, età e sesso.

-
- Lo/la studente/essa fuma ·Sì o ·No (Se lo/la studente/essa fuma e alloggerà in una famiglia di non fumatori, le regole di tale famiglia dovranno essere rispettate.)
 - Nella famiglia dello/a studente/essa sono presenti fumatori ·Sì o ·No
 - La famiglia dello/la studente/essa è disponibile ad ospitare un/una corrispondente spagnolo che fuma ·Sì o ·No (Se lo/la studente/essa fuma e alloggerà in una famiglia di non fumatori, le regole di tale famiglia dovranno essere rispettate)
 - La famiglia ha animali domestici·Sì o ·No (se sì, specificare tipo e taglia)

Se riscontrate problemi con la compilazione del modulo di richiesta, rivolgersi alle Prof.sse .

Luogo e data, _____

Firma dei soggetti che esercitano la responsabilità genitoriale

