

**Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Statale F. De Sanctis
Paternò**

Il/la sottoscritto/a.....nato/a

il residente a in via

cellulare (genitore)..... email (genitore)

OBBLIGATORIO

OBBLIGATORIO

genitore dell'alunno/a frequentante la classe

sez..... di questo Istituto nell'anno scolastico 2025/2026

AUTORIZZO

mio figlio/mia figlia a partecipare alla Mobilità Erasmus+, che si terrà dal 23 al 28 Febbraio 2026 con **destinazione Maastricht**.

Il sottoscritto assicura che il proprio figlio/la propria figlia seguirà tutte le direttive e i regolamenti impartiti dai docenti accompagnatori e dalle famiglie ospitanti, sollevando la scuola da eventuali responsabilità in merito.
In particolare, sottoscrive i seguenti punti:

1. A mio figlio/mia figlia non è permesso comprare, usare o possedere stupefacenti durante il viaggio.
 2. A mio figlio/figlia non è permesso comprare o assumere alcuna bevanda alcolica durante l'intera durata del viaggio.
 3. A mio figlio/figlia non è permesso fumare sigarette o qualsiasi altro tipo di tabacco nelle stanze della famiglia, o comunque in tutti i luoghi dove è vietato fumare.
 4. Mio figlio/figlia dovrà rispettare le regole, le attrezzature e i suppellettili delle strutture ospitanti e/o delle famiglie.
 5. Mio figlio/figlia è autorizzato/a a partecipare alle escursioni programmate nell'ambito delle attività didattiche previste.
 6. E' tenuto ad ospitare il corrispondente straniero a lui/lei abbinato.

Io sottoscritto sono consapevole, inoltre, che, se mio figlio/figlia, non rispetterà i regolamenti della nostra scuola e della struttura ospitante, potrà incorrere in un'azione disciplinare, che potrebbe comportare il suo ritorno anticipato a mie spese. Dichiaro di avere attentamente letto e discusso le sopra citate condizioni.

La mia firma in calce testimonia che accetto tali condizioni. La firma di mio figlio/mia figlia in calce testimonia che ha capito tali condizioni.

DICHIARA

che il proprio figlio /a/ è affetto dalle seguenti patologie (sottoscrivere **nessuna** se non affetto da nessuna patologia):

e per le quali, all'occorrenza, assume i sotto elencati farmaci:

è allergico/a o intollerante ai seguenti alimenti (sottoscrivere **nessuna** se non affetto da nessuna allergia o intolleranza):

e per le quali, all'occorrenza, assume i sotto elencati farmaci:

è allergico/a agli animali SI – NO; se si indicare _____

Il sottoscritto si impegna a rimborsare all'Istituzione scolastica l'importo del biglietto aereo

LA FIRMA DI UNO O AVERO AMBI GENITORI È OBBLIGATORIA