



# ISTITUTO COMPRESIVO STATALE GANDHI

Via Frà G. Golubovich, 4 - 50145 - Firenze

Tel. +39 055 300581 - 055 316449

fiic812003@istruzione.it

fiic812003@pec.istruzione.it

C.F. 94076360489-CUF UFG2P3

<http://www.icgandhi.edu.it>



Agli alunni e alle rispettive famiglie

## AUTORIZZAZIONE VIAGGIO DI ISTRUZIONE

### I sottoscritti:

#### Genitori:

**Padre:** Cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_

**Madre:** Cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_

#### Genitori dell'alunno:

Cognome: \_\_\_\_\_ nome: \_\_\_\_\_

Scuola: \_\_\_\_\_ Classe: \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

CF alunno																	
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a ad effettuare il viaggio di studio a \_\_\_\_\_, che si terrà dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_ e ad effettuare tutte le attività proposte e tutti gli spostamenti necessari allo svolgimento delle attività in programma.

## DICHIARANO

- di aver sottoscritto il patto di corresponsabilità con la scuola.
- che il proprio figlio non ha allergie, malattie in corso e/o non assume farmaci
- ovvero di allegare alla presente dichiarazione di allergie, malattie e/o assunzione farmaci

Firenze, \_\_\_\_\_

*Firma dei genitori:*

*padre* \_\_\_\_\_

*madre* \_\_\_\_\_

*Firma dell'alunno/a* \_\_\_\_\_

N.B. Entrambi i genitori devono allegare fotocopia di un documento d'identità.