FUTURA LA SCUOLA PER L'ITALIA DI DOMANI
UNIONE EUROPEA
Fondo sociale europeo
Fondo europeo di sviluppo regionale
Istituto Comprensivo Statale ad indirizzo musicale
"Agostino Inveges" - Sciacca
Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di Primo Grado
Via G. Licata, 18 - 92019 SCIACCA (AG) - Tel. 092524544
Codice MIUR: AGIC86500P - Codice Fiscale 92035720843 - Codice Univoco I7U7C2
E-mail: agic86500p@istruzione.it - PEC: agic86500p@pec.istruzione.it - Sito web: www.inveges.edu.it

Circolare n. 627

Ai docenti coordinatori delle classi 2D-2H-2I della SS1°G
A tutti gli alunni delle classi 2D-2H-2I della SS1°G
Ai genitori/tutori degli alunni delle classi 2D-2H-2I della SS1°G
Al DSGA
All'Albo/Sito
Agli Atti
Alla Bacheca del Registro Elettronico

I.C. - "A. INVEGES"-SCIACCA
Prot. 0006591 del 05/05/2026
I (Uscita)

Oggetto: Uscita didattica a Santa Ninfa - a.s. 2025/2026

Si comunica ai soggetti in indirizzo che venerdì 8 maggio p.v., le classi 2D, 2H e 2I della SS1°G si recheranno a Santa Ninfa per la visita della Riserva Naturale Integrale "Grotta di Santa Ninfa" e del Castello di Rampinzeri.

Gli alunni partecipanti e i docenti accompagnatori si troveranno allo stadio comunale "L. Gurrera" alle ore 7.15. Al termine delle attività si rientrerà in sede con l'arrivo previsto entro le ore 14:00.

Di seguito i docenti accompagnatori delle classi:

MEZZO DI TRASPORTO	CLASSI	DOCENTI ACCOMPAGNATORI
PULLMAN	2D	Galante Vincenzo
	2H	Putrone Anna
	2I	Puleo Antonino

Si allega il modulo dichiarazione delle allergie da consegnare ai docenti accompagnatori entro giovedì 7 maggio c.m.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maria Angela Croce
Firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs n. 39/93

Al Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo "A. Inveges" di Sciacca

OGGETTO: DICHIARAZIONE ALLERGIE.

I sottoscritti _____ genitori/esercenti la potestà dell'alunno/a _____ frequentante la classe_____ sez. _____.

Tel _____,

COMUNICANO CHE L'ALUNNO/A

□ **non è affetto/a da allergie** respiratorie (pollini, polvere, muffe, pelo animali o altro), allergie a punture di Insetti (api, vespe o altro) o altre allergie;

□ **presenta le seguenti allergie**, specificare:

_____

_____,

Dettagli sulla sintomatologia e farmaci salvavita:_____

_____

In caso di reazione allergica, il minore manifesta i seguenti sintomi:_____

_____

Farmaci da somministrare (allegare certificato medico obbligatorio):

_____

_____

Il minore è in grado di autosomministrarsi il farmaco? [ ] Sì [ ] No

Dichiarano di essere informati, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.13 Regolamento (UE) 2016/679

(Codice in materia di protezione dei dati personali), che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

_____, lì _____

Firma dei genitori/tutori

_____

_____