



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "A. SCRATTOLI" di VETRALLA
con SEZIONE ad INDIRIZZO MUSICALE

Via Cassia Sutrina, 2 – 01019 Vetralla (VT) - Tel. 0761477015

C.F.90049850564 - Codice Univoco: UF1ES6

E-mail vtic82300p@istruzione.it – vtic82300p@pec.istruzione.it - sito web: www.icvetralla.edu.it

AI DSGA
Ai Docenti
Alle famiglie degli alunni delle classi della
Scuola secondaria 1[^] grado
1A-1B-3A
Plesso di Vetralla

CIRCOLARE N. 209

**OGGETTO: VIAGGIO D'ISTRUZIONE "VAL D'ORCIA"
COMUNICAZIONE PATOLOGIE E/O INTOLLERANZE ALIMENTARI E ALLERGIE – DOCUMENTO
DI IDENTITA' – TESSERA SANITARIA**

Con riferimento all'oggetto, si invitano i genitori/esercenti responsabilità genitoriale degli/lle alunni/e delle classi 1A, 1B, 3A della scuola secondaria di 1[^] grado di Vetralla partecipanti al viaggio d'istruzione **VAL D'ORCIA** a comunicare eventuali **patologie e/o intolleranze alimentari e allergie** utilizzando l'apposito modulo allegato alla presente **da consegnare al coordinatore di classe entro e non oltre il 25 marzo 2024.**

Gli alunni sono tenuti a portare con sé per il viaggio la carta d'identità e la tessera sanitaria in corso di validità.
Qualora l'alunno non fosse in possesso della carta di identità, i genitori potranno recarsi presso la segreteria della scuola portando con sé una foto recente del minore al fine di farsi rilasciare un documento sostitutivo.

Vetralla, 22/03/2024

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa DeborahPuntel

Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. n. 39/1993

Viaggi d'istruzione
Foglio di rilevazione di patologie e/o intolleranze alimentari e allergie
(Da compilare a cura dei genitori dell'alunno/a e da consegnare al coordinatore di classe)

AI DIRIGENTE SCOLASTICO
Istituto Comprensivo "A.Scriattoli"
via Cassia Sutrina snc, Vetralla (VT)

I sottoscritti genitori/esercenti
responsabilità genitoriale di nato/a a
..... il residente a
..... in via frequentante la classe
Sez. della Scuola Secondaria di primo grado di

DICHIARANO

che il proprio figlio presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i (indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e/o intolleranza/e, nello specifico gli alimenti che non deve assumere):

PATOLOGIE ALIMENTARI
ALLERGIE A FARMACI
ALTRE ALLERGIE

Vetralla,

Firma
Firma

Consenso al trattamento dei dati personali sensibili ed ai sensi del D. Lgs. n.196/2003

Preso atto dell'informativa di cui sopra, ricevuta ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196/2003, acconsento al trattamento dei dati personali sensibili sopra riportati, funzionali agli scopi ed alle finalità per le quali il trattamento è effettuato.

Firma
Firma

La presente dichiarazione ha validità per l'intero ciclo scolastico. Per ogni variazione sarà cura del dichiarante darne tempestiva comunicazione scritta alla scuola.