



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](mailto:vtic82300p@istruzione.it) – [vtic82300p@pec.istruzione.it](mailto:vtic82300p@pec.istruzione.it) - sito web: [www.icvetralla.edu.it](http://www.icvetralla.edu.it)

I.C.S. "A.SCRATTOLI" - VETRALLA  
Prot. 0002596 del 25/03/2024  
IV-8 (Uscita)

AI DSGA  
Ai Docenti  
Alle famiglie degli alunni delle classi della  
Scuola secondaria 1<sup>^</sup> grado  
3C-3D-3E  
Plesso di Cura di Vetralla

CIRCOLARE N. 212

**OGGETTO: VIAGGIO D'ISTRUZIONE "CAMP IN LINGUA INGLESE"  
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/le alunni/e delle classi 3C, 3D e 3E della scuola secondaria di 1<sup>^</sup> grado di Cura di Vetralla partecipanti al viaggio d'istruzione **CAMP IN LINGUA INGLESE** 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 27 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, 25/03/2024

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Deborah Puntel  
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):

<b>PATOLOGIE ALIMENTARI</b>	..... ..... .....
<b>ALLERGIE A FARMACI</b>	..... ..... .....
<b>ALTRE ALLERGIE</b>	..... ..... .....

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.