

# Progetto Scambi Culturali

SCAMBIO.....

Data presunta .....classe.....

## AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE O DI CHI NE FA LE VECI

Il sottoscritto,.....in qualità di.....dell'alunno/a .....della classe .....**autorizza il figlio/a ad uscire dal territorio nazionale** per partecipare allo scambio scolastico tra il Liceo Classico "A. Mariotti" di Perugia e la scuola ....., dal ..... al .....e pertanto dichiara di accettare:

- il programma dello scambio senza riserve e condizioni (*in allegato il **programma in dettaglio***);
- che dall'inizio alla fine della permanenza all'estero il proprio/a figlio/a **sia sottoposto/a all'autorità ed alla responsabilità degli insegnanti accompagnatori nella realizzazione delle attività previste dal programma** e delle **famiglie ospitanti per il tempo restante**, compreso il **sabato** e i **giorni festivi**;
- **di farsi carico / non farsi carico** della permanenza a Perugia (in particolare per quanto concerne **vitto e alloggio**) del corrispondente estero.
- **di farsi carico / non farsi carico, se necessario, anche di un secondo corrispondente estero**

**Dichiara** inoltre di aver informato il proprio/a figlio/a che la legislazione locale potrebbe prevedere pene gravi e l'immediato rimpatrio in caso di inosservanza della medesima.

**Delega** gli insegnanti accompagnatori ed il capofamiglia ad adottare congiuntamente **le disposizioni necessarie in caso di urgenti motivi di salute**.

**Si impegna** altresì a fornire al proprio/a figlio/a:

- Il **documento di identificazione** personale valido per l'espatrio
- Il **modello E111** rilasciato dalla ASL valido per i Paesi CEE, che dà diritto alle prestazioni sanitarie

**Si impegna** infine **a risarcire eventuali danni**, imputabili al proprio/a figlio/a, arrecati a cose o persone.

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

.....

**Progetto Scambi Culturali**  
**Scheda rilevazione dati alunno**

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

Nome: \_\_\_\_\_

Data Nascita: \_\_\_\_\_

Cittadinanza: \_\_\_\_\_

N° Doc. d'Identità: \_\_\_\_\_

Via: \_\_\_\_\_

CAP: \_\_\_\_\_ Città: \_\_\_\_\_

Tel.: \_0039 - \_\_\_\_\_

**COMPOSIZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE:**

Nome e cognome	Grado di parentela	Età	Professione

Assicurazione (società, estremi della polizza): \_\_\_\_\_

Gruppo sanguigno: \_\_\_\_\_ Data Vaccinazione Antitetanica \_\_\_\_\_

Allergie (se sì, indicare quali): \_\_\_\_\_

Cure mediche in corso: \_\_\_\_\_

Restrizioni dietetiche: \_\_\_\_\_

Controindicazioni per l'esercizio di attività sportive: \_\_\_\_\_

Passatempi preferiti: \_\_\_\_\_

Sport, attività praticate: \_\_\_\_\_

Lingue straniere conosciute: \_\_\_\_\_

Disponibilità a dividere la camera con un coetaneo: Sì No

Animali domestici presenti in casa: \_\_\_\_\_