

**LICEO SCIENZE UMANE e LINGUISTICO “T. GULLI"**

**Scienze Umane – S.U. Opzione Economico Sociale** – **Linguistico- Musicale**

[**www.liceogulli.edu.it**](http://www.liceogulli.edu.it) **-** **rcpm04000t@istruzione.it-****rcpm04000t@pec.istruzione.it**

Corso Vittorio Emanuele, 69 - 89125 Reggio Calabria Tel. 0965499424 Fax 0965499423

Codice Fiscale80009130800 – CodiceUnivocoUF9IYV

LIBERATORIA PER ATTIVITA’ EXTRASCOLASTICHE (VISITE E SCAMBI)

Io sottoscritto/a, [Nome e Cognome del Genitore/tutore] ……………………………………………,

nato/a [Luogo di nascita] ……………………………..

il [Data di nascita] ………/……/………………..

residente a [Città] ……………………………………………

in via (indirizzo]…………………………………………………………………………………………………………………………….

in qualità di genitore/tutore dell'alunno/a [Nome e Cognome dell'alunno/a], ………………………………………….. iscritto/a alla classe [Classe e Sezione] ……………………della scuola Liceo Linguistico Tommaso Gullì (RC) per l'anno scolastico 2025/2026.
Dichiaro di essere a conoscenza e di autorizzare la partecipazione di mio/a figlio/a tutte le attività proposte durante lo scambio culturale che si svolgerà nella città di Annemase in Francia (Haute-Savoie)(LICEO JEAN ANNEMASE) dal 10 settembre al 25 settembre 2025.

Con la presente liberatoria, autorizzo mio/a figlio/a:
\* Partecipare a tutte le attività didattiche, culturali e ricreative previste dal programma, incluso il viaggio di andata e ritorno.

\* Soggiornare presso la struttura o la famiglia ospitante designata per l'intera durata dello scambio.
\* Essere affidato/a al docente accompagnatore (Prof.ssa Séverine Gurnari, che si assume la responsabilità della vigilanza e della gestione del gruppo.

Dichiaro inoltre di:

\* Essere a conoscenza e accettare il programma completo dell'attività, incluse le norme di comportamento e le regole disciplinari.

\* Di aver fornito alla scuola tutte le informazioni mediche rilevanti per la salute di mio/a figlio/a (allergie, intolleranze, terapie in corso, etc.) e di averle allegate a questo modulo, se necessario.
\* Di autorizzare il personale accompagnatore a richiedere e far somministrare le cure mediche d'urgenza che si rendessero necessarie a tutela della salute di mio/a figlio/a, sollevando la scuola e gli accompagnatori da ogni responsabilità al riguardo.

\* Di esonerare la scuola, l'istituzione ospitante e i docenti accompagnatori da ogni responsabilità per eventuali danni a persone o cose causati da mio/a figlio/a durante lo svolgimento dell'attività, salvo i casi di dolo o colpa grave.

Accetto che, in caso di mancato rispetto delle norme di comportamento o di situazioni di grave necessità, la scuola possa disporre il rientro anticipato di mio/a figlio/a a mie spese.

**CONTATTI GENITORI**:

PADRE………………………………

MADRE………………………………

ALLERGIE O INTOLLERANZE DELL’ALUNNO(A)………………………………………………………………

MEDICO CURANTE DELL’ALUNNO(A)…………………………………………………TEL………………

Reggio Calabria,

 Firma

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_