

		
Unione Europea	Repubblica Italiana	Regione Calabria
 Ministero dell'Istruzione e del Merito Ufficio Scolastico Regionale per la Calabria – Ambito Territoriale di Reggio Calabria ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “CORRADO ALVARO – PASQUALE MEGALI” Scuole dell'infanzia e del primo ciclo di istruzione dei Comuni di Melito di Porto Salvo - Roghudi - San Lorenzo – Bagaladi Via Filippo Turati, n. 44 89063 MELITO DI PORTO SALVO (RC) Codice Meccanografico: RCIC841003 Cod. Fiscale: 92034530805 Tel. (+39) 0965781260 / (+39) 0965781258 Fax (+39) 0965781260 PEO: rcic841003@istruzione.it PEC: rcic841003@pec.istruzione.it		

Ai genitori / tutori degli alunni interessati
Al personale docente e ATA dell'Istituto
Sito web: www.icalvaromegali.edu.it

OGGETTO: POR CALABRIA. Progetto “Vivi e scopri la Calabria” – Progetto “Diari di Calabria: autonomia, natura e memoria sonora”: Viaggio dal 14 al 18 settembre 2026. Comunicazione di allergie, intolleranze alimentari e necessità di somministrazione di farmaci

Gentili Famiglie,

nell'ambito del POR CALABRIA “Vivi e scopri la Calabria”, relativamente al progetto “**Diari di Calabria: autonomia, natura e memoria sonora**”, è previsto un viaggio della durata di cinque giorni **dal 14 al 18 settembre 2026**.

Al fine di garantire la massima sicurezza e la corretta organizzazione delle attività, dei pasti e dell'assistenza agli alunni partecipanti, si invitano le famiglie a comunicare tempestivamente alla scuola **eventuali allergie, intolleranze alimentari, altre esigenze sanitarie rilevanti e/o la necessità di somministrazione di farmaci durante il periodo del viaggio**.

A tal fine, dovrà essere compilato e sottoscritto da **entrambi i genitori/tutori** il modello allegato, nel quale dovranno essere indicate in modo completo e dettagliato le eventuali condizioni sopra indicate, nonché le relative prescrizioni e modalità di intervento, ove previste. Il modulo dovrà essere trasmesso alla scuola **entro e non oltre le ore 12:00 del 12 settembre 2026**, con una delle seguenti modalità:

- **via e-mail**, all'indirizzo istituzionale della scuola;
- **consegna a mano** presso gli **Uffici Amministrativi** dell'Istituto.

Si precisa che, in presenza di allergie, intolleranze o necessità di somministrazione di farmaci, la comunicazione preventiva da parte della famiglia è indispensabile affinché la scuola possa adottare, per quanto di propria competenza, le necessarie misure organizzative e di tutela.

In caso di mancata comunicazione da parte della famiglia di allergie, intolleranze, esigenze sanitarie o necessità di somministrazione di farmaci, la scuola non potrà essere ritenuta responsabile per eventuali conseguenze derivanti da condizioni, esigenze o informazioni sanitarie non previamente comunicate e documentate dalla famiglia.

Si invitano, pertanto, i genitori/tutori a prestare particolare attenzione alla compilazione del modello allegato, fornendo informazioni **complete, veritiere e aggiornate**, e ad allegare, ove necessario, la relativa documentazione sanitaria e/o certificazione medica. Per le eventuali richieste di somministrazione di farmaci, si precisa che la scuola procederà nel rispetto della normativa vigente prevista per la somministrazione dei farmaci agli alunni.

Si allega alla presente il programma dettagliato del viaggio.

Si ringraziano le famiglie per la collaborazione e per la tempestiva comunicazione di ogni informazione utile a garantire lo svolgimento del viaggio in condizioni di sicurezza.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Concetta SINICROPI

firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.Lgs.39/93

POR CALABRIA – “Vivi e scopri la Calabria”
PROGETTO: “Diari di Calabria: autonomia, natura e memoria sonora”
VIAGGIO DAL 14 AL 18 SETTEMBRE 2026

DICHIARAZIONE DELLA FAMIGLIA

I sottoscritti:

Padre/Tutore: _____
nato a _____ il _____
C.F. _____

Madre/Tutore: _____
nato a _____ il _____
C.F. _____

in qualità di genitori/tutori dell'alunno/a:

Cognome e nome: _____
nato/a a _____ il _____
classe _____ sezione _____

partecipante al progetto “Diari di Calabria: autonomia, natura e memoria sonora”, con viaggio
previsto dal **14 al 18 settembre 2026**,

DICHIARANO

☐ che il/la proprio/a figlio/a **NON** presenta allergie o intolleranze alimentari note e non
necessita di particolari accorgimenti sanitari durante il viaggio;

oppure

☐ che il/la proprio/a figlio/a presenta le seguenti allergie e/o intolleranze:

Alimenti/sostanze da evitare:

Eventuali sintomi/reazioni già manifestati:

Eventuali precauzioni da adottare:

NECESSITÀ DI SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

☐ Il/la proprio/a figlio/a **NON** necessita della somministrazione di farmaci durante il viaggio.

oppure

☐ Il/la proprio/a figlio/a necessita della somministrazione di farmaci durante il viaggio.

In tal caso indicare:

Nome del farmaco: _____

Dosaggio: _____

Modalità di somministrazione: _____

Orari/frequenza: _____

Motivazione/indicazione terapeutica: _____

Eventuali ulteriori indicazioni del medico:

☐ Si allega **certificazione** e ogni altra documentazione eventualmente necessaria.

ALTRE ESIGENZE SANITARIE DA SEGNALARE

DICHIARAZIONE DI RESPONSABILITÀ

I sottoscritti genitori/tutori, consapevoli delle responsabilità connesse alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a al viaggio previsto dal **14 al 18 settembre 2026** nell'ambito del progetto, **dichiarano e attestano sotto la propria responsabilità:**

1. di aver fornito alla scuola informazioni complete, veritiere, aggiornate e dettagliate in merito ad allergie, intolleranze alimentari, patologie, condizioni di salute, terapie farmacologiche e ad ogni altra esigenza sanitaria del/la proprio/a figlio/a che possa assumere rilevanza durante il viaggio;
2. di aver comunicato tempestivamente alla scuola ogni eventuale allergia o intolleranza alimentare, indicando gli alimenti o le sostanze da evitare, nonché le eventuali manifestazioni e/o conseguenze già verificatesi;
3. qualora sia stata richiesta la somministrazione di farmaci, di aver consegnato alla scuola idonea certificazione e/o prescrizione medica, contenente tutte le indicazioni necessarie

- relative al farmaco, alla posologia, ai tempi, alle modalità di somministrazione e alle condizioni di conservazione;
4. di autorizzare, per quanto di competenza e nel rispetto delle procedure adottate dall'Istituto e della documentazione sanitaria prodotta, il personale individuato dalla scuola alla gestione delle esigenze sanitarie e, ove previsto e possibile, alla somministrazione del farmaco indicato nella documentazione medica;
 5. di essere consapevoli che la scuola e il personale incaricato non possono sostituirsi al personale sanitario e che ogni intervento sarà effettuato nei limiti delle competenze, delle procedure adottate dall'Istituto e delle indicazioni sanitarie formalmente acquisite dalla scuola;
 6. di essere consapevoli che, in caso di emergenza sanitaria, il personale scolastico potrà adottare le misure previste dai protocolli dell'Istituto e, ove necessario, richiedere tempestivamente l'intervento dei servizi di emergenza sanitaria, provvedendo altresì a informare la famiglia;
 7. di essere consapevoli che eventuali allergie, intolleranze, patologie, terapie o necessità di somministrazione di farmaci non comunicate preventivamente, ovvero comunicate in modo incompleto o non corredate dalla documentazione necessaria, non possono essere conosciute dalla scuola e non consentono alla stessa di predisporre preventivamente le eventuali misure organizzative e assistenziali necessarie;
 8. di assumersi ogni responsabilità connessa alla completezza, veridicità, correttezza e tempestività delle informazioni sanitarie e della documentazione medica fornite, nonché alla terapia farmacologica indicata, **sollevando e tenendo indenne, nei limiti consentiti dalla normativa vigente, l'Istituzione scolastica, il personale docente, il personale incaricato e gli accompagnatori debitamente autorizzati da pretese, richieste o conseguenze pregiudizievoli direttamente derivanti da informazioni omesse, incomplete, inesatte o non tempestivamente comunicate dalla famiglia, ovvero da indicazioni sanitarie non correttamente o integralmente rappresentate nella documentazione prodotta, fatto salvo quanto inderogabilmente previsto dalla legge.**

I sottoscritti dichiarano, infine, di aver letto attentamente quanto sopra e di **prestare il proprio consenso alla gestione delle esigenze sanitarie indicate nel presente modulo**, secondo le modalità previste dalla documentazione medica prodotta e dalle procedure dell'Istituto.

Luogo e data: _____

Firma del padre/tutore

Firma della madre/tutore
