



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO UFFICIO SCOLASTICO
REGIONALE PER IL LAZIO ISTITUTO COMPrensIVO
"ANTONIO GRAMSCI"**

00041 Albano-Pavona (Roma) - via Pescara s.n.c. - Tel.: 069315989 fax.: 0693160268 –
Distretto 42° RMIC8AX006 - C.F. 90049510580
rmic8ax006@istruzione.it – rmic8ax006@pec.istruzione.it
www.icalbanopavona.edu.it



Cir.n.248 del 09/04/2026

**ALLE FAMIGLIE E AGLI ALUNNI DELLA SCUOLA SECONDARIA di primo grado
ALLE CLASSI INTERESSATE
AI DOCENTI
ALLA DSGA
AL PERSONALE ATA
AL SITO WEB**

**OGGETTO: CONSEGNA DOCUMENTAZIONE CAMPO SCUOLA SECONDARIA DI
PRIMO GRADO**

Si comunicano i nomi dei docenti accompagnatori delle classi terze della scuola secondaria di primo grado del Campo scuola velico sportivo:

Campo scuola Praia a Mare dal 5 all' 8 Maggio 2026 Classi Terze sez. A, B, C, F

Accompagnatori: Magnisi G. (**Responsabile del gruppo**), Fatale M.F., Galliani M.L., Marignani M., Miano M. , Pecoraro S., Spina G.Cassone A.

Le famiglie sono invitate a consegnare al docente accompagnatore, entro il 16 Aprile, la seguente documentazione:

- Fotocopia della tessera sanitaria del/la figlio/a;
- numeri telefonici per eventuali emergenze;
- **Autodichiarazione relativa alla auto-somministrazione di farmaci durante il campo-scuola** (Allegato alla presente) e **certificato medico di eventuali allergie alimentari e/o di altra natura**. Il modulo va presentato anche in assenza di allergie/intolleranze.

In particolare si specifica che i farmaci andranno consegnati all'accompagnatore e non possono essere assunti senza averlo prima comunicato ai docenti.

Si ricorda che l'hotel richiede una cauzione di 10 euro ad alunno per eventuali danni arrecati alla struttura, che andrà consegnata all'arrivo e sarà restituita al momento della partenza.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Laura Lamanna**

(Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3
comma 2 D. lgs 39/93)

Autodichiarazione relativa alla auto-somministrazione di farmaci durante il campo-scuola

**Al Dirigente Scolastico dell'IC "A. GRAMSCI"
Albano Laziale – Pavona**

Il sottoscrittogenitore dell'alunno della classe
.....sez..... partecipante al campo scuola che si svolgerà nella
località didal..... al.....

DICHIARA:

- ☐ che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- ☐ che il proprio figlio presenta la seguente allergia e/o intolleranza alimentare (allegare certificazione e elenco degli alimenti da evitare)

.....
.....

Che necessita della somministrazione dei seguenti farmaci (dopo aver avvisato il docente accompagnatore)

Farmaco.....posologia.....

Farmaco.....posologia.....

Farmaco..... posologia.....

Recapito in caso di emergenza

Data

FIRMA.....