

Taverne, 23 gennaio 2019

SCUOLA MONTANA A SOMMASCONA-CAMPRA **corso sci di fondo**

Organizzazione	Direzione scuole - maestri - monitori sci
Località	SOMMASCONA (Valle di Blenio) Casa OTAF tel. 091/872 11 15
Responsabilità	- i docenti titolari per le attività non sportive - Alan Mandioni per le attività sportive sulle piste
Durata	dal 25 febbraio al 1 marzo 2019 - classe IV A, <i>Gambarasi Sabrina</i> - classe IV B, <i>Spataro Pamela- Pagliuca Elena</i> - classe IV C, <i>Teggi David</i>
Trasporti	Viaggio di andata e di ritorno con Bus e pulmino scolastico Ritrovo/Partenza: lunedì 25 febbraio, ore 7.30 Taverne scuole (piazzale Traversee – Usufruire del posteggio 3) Rientro: venerdì 1 marzo, ore 15.15 a Taverne scuole (piazzale Traversee – Usufruire del posteggio 3) Ogni genitore provvede a condurre e a riprendere il proprio bambino rispettando gli orari indicati.
Obbligatorietà	Riservata l'approvazione dell'ispettore scolastico, il corso di sci è obbligatorio, trattandosi di un normale periodo scolastico.
Tassa	La quota di partecipazione per allievo stabilita dal Municipio è di fr. 80.- Il contributo va versato ai docenti titolari entro il mercoledì precedente l'inizio del corso. Riduzioni per motivi speciali sono da chiedere alla direzione.
Visite, telefonate	Affinché il corso sia svolto nella massima tranquillità, le visite sono assolutamente vietate . <u>Solo in caso di estrema necessità</u> i genitori possono telefonare al numero sopra indicato.
Denaro	V'invitiamo a consegnare agli allievi solo una piccola somma in monetine che potrà servire per spese minute (cartoline → portare indirizzi e francobolli).
Bagagli	Tutti i bagagli dovranno essere muniti di etichetta con nome, cognome e indirizzo. <u>Corredo</u> : alleghiamo un elenco indicativo del corredo da prendere.

Programma	Sarà preparato dai maestri e dai monitori di sci e sottoposto alle autorità scolastiche.
Casi particolari	Vi preghiamo di segnalare situazioni speciali al docente di classe (cibi non sopportati, allergie, medicine da prendere...). Medicinali personali sono da consegnare al maestro.

Corredo personale per scuola montana (si consiglia di etichettare con nome/cognome gli indumenti)

- pigiama
- asciugamano per la doccia
- necessario per la pulizia personale (sapone, pettine, dentifricio, spazzolino, sciampo, cuffia per la doccia, ...)
- ciabatte per la doccia
- biancheria di ricambio: calze e mutande (x 5 giorni)
- training per la casa
- magliette e felpe o pullover
- pantofole per l'interno (obbligatorie)
- scarponcini invernali impermeabili all'acqua (preferibilmente non Moon Boot)
- fazzoletti di carta
- sacco per la biancheria sporca
- tovagliolo (contrassegnato con nome e cognome)
- gruccia (ometto)

Equipaggiamento necessario per le attività sulle piste di fondo:

→ **La scuola mette a disposizione il materiale per gli allievi (sci,bastoni e scarpe da fondo)**

- tuta da sci, training ed eventualmente pantaloni impermeabili tipo K-Way
- 2 paia di guanti *
- calze grosse e ghette (x 5 giorni) *
- 2 cuffie *
- sciarpa *
- occhiali da sole *
- pullover o dolce-vita
- crema solare e burro di cacao *
- zainetto
- borraccia *
- fazzoletti *

Per le attività ricreative

- giochi di società tascabili (dama, scacchi, carte ...) ma **non** elettronici, contrassegnati con nome e cognome
- occorrente per scrivere e disegnare, libri di lettura (con nome e cognome)
- non portare dolci e cicche
- non portare il cellulare, i-pad e simili, macchina fotografica
- non portare la pila

→ **Presentarsi alla partenza del pullman in tenuta da sci: gli oggetti contrassegnati* sono da inserire nello zainetto (1 solo pezzo).**

I docenti sono a vostra disposizione per eventuali ulteriori informazioni riguardante il corso di sci.

Vogliate gradire i nostri migliori saluti

Istituto scolastico
Torricella-Taverne e Bedano
Edy Zellweger, Direttore

AUTOCERTIFICAZIONE

sullo stato di salute per la partecipazione a periodi scolastici fuori sede (settimana verde, bianca,..)

Il presente certificato deve essere compilato dal genitore/rappresentante legale del partecipante. Le indicazioni segnalate su questo formulario sono ad uso esclusivo del personale sanitario ed educativo.

Corso che si svolgerà a *...Sommascona (Olivone).....*
 dal *...25 febbraio...2019.....* al *...1 marzo 2019*
 Organizzato da *Istituto scolastico Torricella Taverna e Bedano*

Cognome del/la partecipante

Nome del/la partecipante

Data di nascita Sesso femmina maschio

Classe frequentata *...4.....* Paternità

Assicurazione malattia e Infortuni

Socio Rega si no nr.Socio.....

In caso di necessità/urgenza contattare:

Cognome e nome della persona da contattare.....

Telefono privato..... Telefono cellulare.....

Telefono lavoro.....

Medico curante del partecipante:

Cognome e nome..... Località.....

Telefono studio

- | | SI | NO | Se sì, specificare |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 1. Allergie a medicinali | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| 2. Altre allergie (cibo, piante, animali) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | | | |
| 3. Asma o altri disturbi respiratori | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

- | | SI | NO | Se sì, specificare |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| 4. Diabete | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Epilessia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Disturbi del sonno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Disturbi del comportamento | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Porta occhiali o lenti a contatto? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Porta apparecchi/protesi dentali? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Segue una dieta speciale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |

.....

11. Ci sono attività fisiche che non può fare?

.....

12. È vaccinato contro il tetano?

p.f. unire fotocopia del certificato di vaccinazione

13. Assume dei farmaci?

se sì, provvedere ad una scorta adeguata alla durata del soggiorno

Nome del farmaco	Dosaggio (es. 1 pastiglia al mattino)

14. È autonomo nel prendere i farmaci?

.....

15. Altre particolarità da segnalare (per es. soffre di vertigini,...)?

.....

.....

Il presente certificato deve essere compilato nei **30 giorni** che precedono l'inizio del turno.

In fede.

Cognome e nome di chi ha compilato l'autocertificazione

FirmaLuogo e data.....