



**Ministero della Pubblica Istruzione**

*Ufficio Scolastico Regionale Per Il Lazio*

**Liceo Scientifico Statale**

**“Aristotele”**

00143 ROMA - Via dei Sommozzatori, 50 - ☎ Tel. 06/5919738 - FAX 06/5919739 Circ.XII - D. 20 - C.. F. 97040830586 C.M.RMPS50000T✉RMPS50000T@istruzione.it

Il/la sottoscritto/a.....,  
padre/madre dell’alunno/a ..... , che  
frequenta la classe....., acconsente a che suo figlio/a possa effettuare il  
viaggio di istruzione a..... con volo Low Cost,  
consapevole del fatto che il Consiglio di Istituto ha deliberato che per i viaggi Low  
Cost fosse richiesto alle famiglie un permesso specifico.

Il/La sottoscritto/a dichiara:

- di sollevare la scuola da ogni responsabilità al riguardo
- di essere a conoscenza dei vincoli che comporta la regolamentazione dei voli Low Cost

Roma,.....

Firma del genitore

.....

Firma del padre o della madre

.....