



# IC FOLLONICA 1

VIA GORIZIA 11 58022 FOLLONICA 056659073

gric827009@istruzione.it

Al Dirigente Scolastico  
IC FOLLONICA 1

## OGGETTO: Richiesta di viaggio di istruzione e/o uscita didattica

TIPOLOGIA  **viaggio di istruzione**  **uscita didattica/visita guidata**

META/E ed EVENTO: \_\_\_\_\_

PERIODO: dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

CLASSE INTERESSATA	NR ALUNNI PARTECIPANTI	DI CUI NR. ALUNNI DIVERSAMENTE ABILI	SUL TOTALE DI

Alunni che non partecipano al viaggio d'istruzione / uscita didattica / visita guidata \_\_\_\_\_  
Classe dove saranno inseriti gli alunni non partecipanti \_\_\_\_\_

MEZZO DI TRASPORTO:  PULLMAN  TRENO  AEREO

INGRESSO A MUSEI \_\_\_\_\_ COSTO \_\_\_\_\_

SITI ARCHEOLOGICI \_\_\_\_\_ COSTO \_\_\_\_\_

GALLERIE \_\_\_\_\_ COSTO \_\_\_\_\_

MOSTRE/ECC. \_\_\_\_\_ COSTO \_\_\_\_\_

SERVIZIO GUIDE \_\_\_\_\_ COSTO \_\_\_\_\_

### OBIETTIVI-FINALITÀ DIDATTICO-CULTURALI

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

**ITINERARIO ANALITICO E PROGRAMMA** (ora e luogo di partenza, luoghi o manifestazioni da visitare, ora e luogo previsti per il ritorno):

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

Con riserva di apportare al programma le variazioni che si rendessero opportune e/o necessarie, senza snaturare le finalità del viaggio. Il tema del viaggio rientra nella programmazione del Consiglio di Classe

**Eventuali note**

Il viaggio è stato approvato dai Consigli di Classe del \_\_\_\_\_

Incarichi	Cognome e Nome in stampatello	Firma
<b>Docente referente</b>		
Docente accompagnatore		
Docente accompagnatore		
Docente accompagnatore		
Docente accompagnatore		
Docente accompagnatore		
<b>Docente riserva</b>		

**Per i viaggi di istruzione compilare anche la parte sottostante:**

ALBERGO \_\_\_\_\_ STELLE, comprensivo di:

UBICAZIONE ALBERGO:  VICINO AL CENTRO  VICINO A METROPOLITANA  ALTRO \_\_\_\_\_

SERVIZIO DI :  PENSIONE COMPLETA  MEZZA PENSIONE  COLAZIONE E PERNOTTAMENTO

PASTI SERVITI:  NELL'ALBERGO STESSO  IN RISTORANTE  CON CESTINO DA VIAGGIO

CAMERE :  SINGOLA PER DOCENTI  MULTIPLA PER GLI STUDENTI  BAGNO IN CAMERA

EVENTUALE SUPPLEMENTO PER CAMERA SINGOLA

**ALUNNI CON INTOLLERANZE ALIMENTARI DA SEGNALARE ALL'HOTEL**

(indicare Cognome e nome e quali intolleranze)

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Intolleranze \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Intolleranze \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Intolleranze \_\_\_\_\_

ALTRO:

\_\_\_\_\_

**In allegato: elenco alunni con firma dell'avvenuto pagamento della quota/acconto**

IC FOLLONICA 1	Riservata all'ufficio
----------------	-----------------------

VISTO  SI AUTORIZZA

NON SI AUTORIZZA

Presentato al Consiglio d'Istituto il \_\_\_\_\_, la proposta è stata \_\_\_\_\_

Il, \_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Elisa Ciaffone