



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "CARD. G. B. DUSMET"
SCUOLA INFANZIA PRIMARIA E SECONDARIA DI PRIMO GRADO
SCUOLA A INDIRIZZO MUSICALE
COD. FISC. 80011980879 - COD. MECC. CTIC83900G
Via Monti Rossi, 14 - 95030 - NICOLOSI - Tel. 095911420 - 095911340 - Fax 0957914456
e-mail ctic83900g@istruzione.it - pec: ctic83900g@pec.istruzione.it

ALLEGATO A

RICHIESTA DI USCITA DIDATTICA/VISITA GUIDATA DICHIARAZIONE ADEMPIMENTI E DELL'IMPEGNO

VISITA GUIDATA DEL _____ DESTINAZIONE _____

PARTENZA DA _____ ALLE ORE _____ RIENTRO PREVISTO ALLE ORE _____

PLESSO _____

I SOTTOSCRITTI DOCENTI _____

in merito all'attuazione della visita guidata di cui sopra dichiarano quanto segue:

CLASSE	N. ALUNNI	ALUNNI H	DOCENTI ACCOMPAGNATORI
TOTALE PAGANTI			
TOTALE ESENTI			

- Tutti gli alunni partecipanti all'attività programmata sono regolarmente assicurati e corrispondono al numero totale dei frequentanti
- Sono state acquisite tutte le autorizzazioni sottoscritte dai genitori (da custodire a cura del coordinatore)
- L'iniziativa è collegata all'attività curriculare prevista dalle progettazioni ed è stata approvata nella seduta del consiglio di classe / interclasse / intersezione del _____
- È stata effettuata la prenotazione presso la _____
- È stata accertata la disponibilità del servizio di trasporto (scuolabus comunali o pullman privati n. _____ per capienza totale posti n. _____)
- Quota di partecipazione a carico di ciascun alunno euro _____
- Sono stati avvertiti i responsabili dei luoghi da visitare
- I sottoscritti docenti, in qualità di accompagnatori dichiarano altresì di essere consapevoli degli obblighi di vigilanza nei confronti degli alunni partecipanti alla visita e si impegnano a rispettarli per la buona riuscita dell'attività.

OBIETTIVI FORMATIVI

MODALITÀ DI VERIFICA

ITINERARIO

TABELLA DI MARCIA

PARTENZA ORE _____ DA _____

ARRIVO PREVISTO ORE _____ DA _____

VISITE PREVISTE A _____

PRANZO ORE PRESSO _____

VISITE PREVISTE A _____

PARTENZA ORE _____ ARRIVO _____

RECAPITI TELEFONICI IN CASO DI MANCANZA DI TELEFONO DI SERVIZIO

DOCENTI : COGNOME _____ NOME _____

TELEFONO _____

RAPPRESENTANTI DI CLASSE (QUALORA PARTECIPASSERO)

COGNOME _____ NOME _____ TEL. _____

COGNOME _____ NOME _____ TEL. _____

Data _____

FIRME DOCENTI ACCOMPAGNATORI
