

Istituto Comprensivo di Castelluccio
Via Roma 3/a – 46014 Castelluccio (MN)
Tel. 0376 – 437003 - Fax 0376 – 437013

PROGRAMMA VISITA GUIDATA O USCITA DIDATTICA

Meta: _____

Data: _____ Orario e Luogo di partenza: _____

Orario previsto di arrivo: _____

Programma della/e giornata/e: _____

Accompagnatori: _____

Mezzo di Trasporto: _____

Spese: _____

L'Insegnante Responsabile: _____

(ritagliare e consegnare al docente di classe)

AUTORIZZAZIONE E IMPEGNO DI SPESA

Il sottoscritto _____ padre/madre dell'alunno/a _____

della classe _____/sez. _____ plesso di scuola _____ di _____

Visto il programma dettagliato

A u t o r i z z a

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al viaggio di istruzione che si terrà:

il/i giorno/i _____

con meta _____ e

s i i m p e g n a

a versare, secondo le modalità che saranno comunicate dall'Istituzione scolastica,

la somma di € _____ circa.

L'importo può variare leggermente nel caso di non adesione da parte di qualche alunno.

Data, _____

Firma del genitore _____