



PROPOSTA VIAGGIO D'ISTRUZIONE BREVE DURATA MAX 1 GIORNO

ANNO SCOLASTICO _____

PROPOSTA DEL:

- Consiglio di classe*
- Interclasse*

DI EFFETTUAZIONE DI:

- viaggio d'istruzione
- viaggio
- viaggio connesso ad attività sportive

DA PARTE DEGLI ALUNNI DELLA/E

CLASSE/I _____

NEL ____ **GIORNO** _____ **20** _____

A _____

LUOGO DI DESTINAZIONE

APPROVAZIONE DEL/I CONSIGLIO/I DI CLASSE

Classe _____ **data** _____

Classe _____ **data** _____

Classe _____ **data** _____

Riservato alla segreteria

Consegnato il _____ alle ore _____

firma addetto _____

OBIETTIVI E FINALITA' DIDATTICO-CULTURALI

PROGRAMMA DEL VIAGGIO E METE DA VISITARE

Indicare nel dettaglio i luoghi e le mete da visitare, ingressi a musei e/o mostre, attività da svolgere, ecc.

**Viaggio / Trasferimenti
da effettuarsi**

- a mezzo pullman
- a mezzo treno
- altro

ALUNNI PARTECIPANTI

_____ Classe _____ Sez. _____; Alunni partecipanti n. _____ (Totale alunni della Classe n. _____)

_____ Classe _____ Sez. _____; Alunni partecipanti n. _____ (Totale alunni della Classe n. _____)

_____ Classe _____ Sez. _____; Alunni partecipanti n. _____ (Totale alunni della Classe n. _____)

_____ Classe _____ Sez. _____; Alunni partecipanti n. _____ (Totale alunni della Classe n. _____)

_____ Classe _____ Sez. _____; Alunni partecipanti n. _____ (Totale alunni della Classe n. _____)

_____ Classe _____ Sez. _____; Alunni partecipanti n. _____ (Totale alunni della Classe n. _____)

TOTALE ALUNNI PARTECIPANTI N. _____ (TOTALE ALUNNI DELLE CLASSI N. _____)

DOCENTI ACCOMPAGNATORI (¹)

_____ Classe Sez. _____; Prof. _____

_____ Classe Sez. _____; Prof. _____

_____ Classe Sez. _____; Prof. _____

_____ Classe Sez. _____; Prof. _____

_____ Classe Sez. _____; Prof. _____

_____ Classe Sez. _____; Prof. _____

DOCENTI SOSTITUTI (²)

_____ Classe Sez. _____; Prof. _____

_____ Classe Sez. _____; Prof. _____

_____ Classe Sez. _____; Prof. _____

COORDINATORE DELL'INIZIATIVA: **PROF.** _____

¹ Un accompagnatore ogni 15 studenti. Per gli studenti con disabilità indicare, se necessario, il docente dedicato. I docenti che hanno completamente orario in altro istituto, devono chiedere autorizzazione al Dirigente Scolastico delle altre sedi

² Uno per ogni classe in ordine di precedenza.

FIRMA PER PRESA VISIONE DEI DOCENTI DELLA /E CLASSE/I CHE HANNO LEZIONE NEL GIORNO DELLA VISITA DIDATTICA PROPOSTA						
CLASSE _____				CLASSE _____		
ORA	Docente	Materia	FIRMA	Docente	Materia	FIRMA
1°						
2°						
3°						
4°						
5°						
6°						

FIRMA PER PRESA VISIONE DEI DOCENTI DELLA /E CLASSE/I CHE HANNO LEZIONE NEL GIORNO DELLA VISITA DIDATTICA PROPOSTA						
CLASSE _____				CLASSE _____		
ORA	Docente	Materia	FIRMA	Docente	Materia	FIRMA
1°						
2°						
3°						
4°						
5°						
6°						

FIRMA PER PRESA VISIONE DEI DOCENTI DELLA /E CLASSE/I CHE HANNO LEZIONE NEL GIORNO DELLA VISITA DIDATTICA PROPOSTA						
CLASSE _____				CLASSE _____		
ORA	Docente	Materia	FIRMA	Docente	Materia	FIRMA
1°						
2°						
3°						
4°						
5°						
6°						

Prato, _____

VISTO SI AUTORIZZA
 IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 (Dott. Stefano Pollini)