

ISTITUTO COMPRENSIVO DI SAN GIOVANNI ILARIONE

Via A. De Gasperi - S. Giovanni Ilarione (VR)

Tel. e Fax: 045/7465060 - 045/7465021 - C.F.: 92011600233

Data _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO DI
SAN GIOVANNI ILARIONE

Oggetto: Visita guidata
(C.M. n. 291 del 14.10.1992)

I sottoscritti _____
insegnanti nel modulo delle classi _____ della scuola

chiedono l'autorizzazione

ad effettuare una visita guidata con gli alunni delle classi _____ secondo la seguente programmazione, concordata con i genitori ed approvata dal Consiglio di Interclasse/classe del _____:

1 - Meta della visita guidata: _____

2 - Data di effettuazione: _____

3 - Orario: dalle ore _____ alle ore _____

4-Obiettivi culturali e didattici: _____

5- Programma analitico della visita guidata: _____

6 - Mezzo di trasporto: _____

7 -Preventivo di spesa per il viaggio: € _____

8-Quota singola di partecipazione: _____

9 - Alunni partecipanti n. _____ su n. _____

10 – Eventuali genitori partecipanti n. _____

ELENCO DEGLI ALUNNI PARTECIPANTI
(distinto per classe)

CLASSE _____	CLASSE _____	CLASSE _____
1 - _____	_____	_____
2 - _____	_____	_____
3 - _____	_____	_____
4 - _____	_____	_____
5 - _____	_____	_____
6 - _____	_____	_____
7 - _____	_____	_____
8 - _____	_____	_____
9 - _____	_____	_____
10 - _____	_____	_____
11 - _____	_____	_____
12 - _____	_____	_____
13 - _____	_____	_____
14 - _____	_____	_____
15 - _____	_____	_____
16 - _____	_____	_____
17 - _____	_____	_____
18 - _____	_____	_____
19 - _____	_____	_____
20 - _____	_____	_____
21 - _____	_____	_____
22 - _____	_____	_____
23 - _____	_____	_____
24 - _____	_____	_____
25 - _____	_____	_____

I sottoscritti docenti dichiarano che:

a - è stato acquisito il consenso scritto della famiglia e le dichiarazioni sono conservate presso la scuola

b - tutti gli alunni ed eventuali genitori sono in possesso del documento di identificazione personale valido, da portare con sè durante la visita guidata

c - tutti gli alunni ed eventuali genitori sono garantiti da polizza assicurativa contro gli infortuni

Firma dei docenti: _____

Elenco dei docenti accompagnatori

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____
- 4 - _____
- 5 - _____
- 6 - _____

I sottoscritti docenti dichiarano che:

a - sono in possesso del documento di identificazione personale valido, da portare con sè durante la visita guidata

b - sono garantiti da polizza assicurativa contro gli infortuni con assicurazione

scolastica

sindacale

personale

INAIL

c - si assumono l'obbligo di una attenta e assidua vigilanza degli alunni

d - alla fine della visita guidata presenteranno una relazione sull'esperienza compiuta, soprattutto con riguardo agli inconvenienti verificatisi o al servizio fornito dalla ditta di autotrasporti

Firma dei docenti: _____

Prot. n. _____/

Li, _____

AI DOCENTI

DELLE CLASSI _____

DELLA SCUOLA DI _____

Oggetto: Autorizzazione visita guidata
(C.M. n. 291 del 14.10.1992)

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

VISTA la richiesta dei docenti interessati

VISTA la documentazione prodotta

SENTITE le proposte del Consiglio di Interclasse/Classe dei mesi di ottobre e novembre e delle assemblee di ottobre

SENTITO il parere positivo del Collegio dei Docenti del 12/11/2019 del circa il piano complessivo dei viaggi d'istruzione/visite guidate

VISTA la delibera del Consiglio di Istituto del

oppure

VISTA la delibera del Consiglio di Istituto del **19/09/2019** relativa alla delega al Dirigente per autorizzare i viaggi all'interno della provincia e/o non precedentemente previsti ed aventi carattere eccezionale

ACQUISITA la documentazione prodotta dalla Ditta

Oppure

ACQUISITA la disponibilità dello scuolabus comunale

AUTORIZZA

l'effettuazione della visita guidata a _____

il giorno _____ per le classi _____ della scuola dell'infanzia/primaria/secondaria 1^ grado di _____ .

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof. Ugo Carnevali