



***MINISTERO DELL’ISTRUZIONE***

***UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO***

***Istituto Comprensivo “ Pablo Neruda”***

***Via Casal del Marmo n. 212 - 00135 Roma***

***Cod. Fisc. 97714290588***

🖂[RMIC8GR00L@istruzione.it](mailto:RMIC8GR00L@istruzione.it) - Rmic8gr00l@pec.istruzione.it

**🕿***06/30819741*  fax 06/30819741

**SCHEDA PROGETTI VIAGGI DI ISTRUZIONE/STAGE LINGUISTICI**

**A.S. 2022/2023**

**(Allegato 6 Regolamento Visite e Viaggi di Istruzione)**

**DESTINAZIONE**

**MOTIVAZIONI DIDATTICHE -EDUCATIVE**

**OBIETTIVI**

**CLASSI COINVOLTE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CLASSI/SEZ. PRIMARIA** | **PLESSO PRIMARIA** | **CLASSI/SEZ. SEC. I° GRADO** | **PLESSO SEC. I° GRADO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**RESPONSABILE DEL VIAGGIO**

**PERSONALE COINVOLTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMINATIVI DOCENTI** | **CL. SEZ.** | **PLESSO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **NOMINATIVI DOCENTI SUPPLENTI** |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **NOMINATIVI DOCENTI SOSTEGNO** | **CL. SEZ.** | **PLESSO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **NOMINATIVI DOCENTI SUPPLENTI SOSTITUTI** |  |  |
|  |  |  |
| **NOMINATIVO ALUNNO RICHIEDENTE**  **OEPA** | **CL. SEZ.** | **PLESSO** |
| **OEPA – NOMINATIVO** |  |  |

**N° ALUNNI PARTECIPANTI**

ALUNNI ISCRITTI

ALUNNI CON DISABILITA’ CERTIFICATA

**DURATA VIAGGIO GIORNI/NOTTI**

**PERIODO**

**ITINERARIO DETTAGLIATO (per la richiesta dei preventivi).**

**L’itinerario sarà deliberato dal Consiglio di Istituto e non potrà subire variazioni. A tal proposito se necessario indicare siti da visitare alternativi.**

ORARIO E LUOGO DI PARTENZA

PRIMO GIORNO

SECONDO GIORNO

TERZO GIORNO

QUARTO GIORNO

QUINTO GIORNO

**MEZZI DI TRASPORTO**

Pullman GT ⬜ Pullman GT per disabili ⬜ Treno ⬜ Aereo ⬜

**SERVIZI**

Animatori ⬜ N° \_\_\_\_\_

Guida ⬜ per tutta durata del viaggio ⬜ parzialmente ⬜ da indicare nella descrizione dell’itinerario

**PREFERENZE HOTEL**

UBICAZIONE:

PENSIONE COMPLETA ⬜ MEZZA PENSIONE ⬜

SISTEMAZIONE CAMERE DOCENTI: SINGOLA ⬜ DOPPIA ⬜

SISTEMAZIONE CAMERE ALUNNI: N° MASSIMO PER CAMERA \_\_\_\_\_\_\_\_

**ULTERIORI INFORMAZIONI**

NUMERO DI ALUNNI AFFETTI DA PARTICOLARI PATOLOGIE…………

NUMERO DI ALUNNI AFFETTI DA ALLERGIE ALIMENTARI….…………

*(I docenti dovranno comunicare direttamente alla Segreteria il nominativo degli alunni di cui sopra)*

DATA

FIRMA RESPONSABILE VIAGGIO

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