ISTITUTO COMPRENSIVO DI PONTE NOSSA

*Scuola dell’Infanzia - Primaria - Secondaria I Grado*

**Indirizzo** Via Rimembranze n. 5, 24028, PONTE NOSSA (BG) - **Telefono** 035 701102 **C. F.** 90017420168 - **C. M.** BGIC86400Q

**Sito** [www.icpontenossa.edu.it](http://www.icpontenossa.edu.it) - **Email** [BGIC86400Q@istruzione.it](mailto:BGIC86400Q@istruzione.it) - **PEC** [BGIC86400Q@pec.istruzione.it](mailto:BGIC86400Q@pec.istruzione.it)

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**PREVISIONE VIAGGIO DI ISTRUZIONE**

**A.S. ……………………………………………………**

|  |  |
| --- | --- |
| **CLASSI** |  |
| **PLESSI** |  |
| **META DEL VIAGGIO** |  |
| **DATA** |  |
| **ORARIO DI PARTENZA PREVISTO** |  |
| **ORARIO DI ARRIVO PREVISTO** |  |
| **NUMERO TOTALE ALUNNI**  **(compresi alunni con disabilità certificata)** |  |
| **NUMERO ALUNNI**  **con disabilità certificata** |  |
| **DOCENTI ACCOMPAGNATORI** |  |
| **NUMERO GENITORI ACCOMPAGNATORI**  **(specificare se accompagnano alunni con disabilità)** |  |
| **TOTALE PARTECIPANTI** |  |
| **DOCENTE RESPONSABILE ORGANIZZAZIONE**  **(barrare se accompagna)** | ACCOMPAGNA |
| **MOTIVAZIONE USCITA** |  |

Firma

………………………………………………….

(Il/La Docente Referente)