



LICEO SCIENTIFICO STATALE "ALDO MORO"

Via XX Settembre, 5 - 42124 REGGIO EMILIA

Tel. 0522/517384 - 0522/511699 - Fax 0522/ 922077

Cod. Fisc. 80016270359 - C.M. REPS03000B

e-mail: dsga@liceomoro.gov.it - reps03000b@istruzione.it - sito: www.liceomoro.gov.it

Codice Univoco Ufficio IPA: UFN1E5



Mod. E

Prot. n. _____

Reggio Emilia, _____

**Alle famiglie degli alunni
della classe _____**

In conformità alla normativa vigente, in relazione al P.T.O.F. a.s. 2018/2019 e alla programmazione del Consiglio di Classe, si propone l'effettuazione della seguente

VISITA GUIDATA NELL'ARCO DELLA GIORNATA

Coordinatore dell'iniziativa prof.

Classe.....Sez..... Data di svolgimento.....

Ora e luogo di ritrovo.....

Ora partenza..... Ora prevista rientro a Reggio.....

Meta:

Finalità didattico/educative:

Mezzo di trasporto.....

Quota individuale (costo indicativo in attesa di preventivo):

Docenti accompagnatori proff.....

Docente riserva prof.

N.B. La quota effettiva di partecipazione sarà comunicata dal coordinatore della visita e dovrà essere versata almeno 15 giorni prima della partenza. In caso di rinuncia al viaggio, la quota dovrà essere comunque versata, salvo richiesta di rimborso all'Assicurazione mediante certificato medico da presentare la mattina stessa della partenza.

L'insegnante coordinatore dell'iniziativa

.....



TAGLIANDO DA RESTITUIRE AL COORDINATORE DEL VIAGGIO

Io sottoscritto/a..... in qualità di.....

dell'alunno/a..... frequentante la classe.....sez.....

rilascio l'autorizzazione a partecipare alla visita guidata programmata per il giorno

a.....

Firma di chi esercita la potestà parentale
