**ISTITUTO SUPERIORE STATALE**

**CARLO DELL’ACQUA**

**LEGNANO**

VISITA DIDATTICA

Anno Scolastico 202./202.

**DELIBERA del CONSIGLIO DI CLASSE del ../../202.**

**Modulo da compilare in ogni campo e da inviare all’indirizzo e-mail conenna.mariella@isdellacqua.edu.it**

|  |
| --- |
| CLASSE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| META \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| DURATA DEL VIAGGIO 1g ½g  ORA DI PARTENZA \_\_\_\_\_\_\_ ORA DI ARRIVO \_\_\_\_\_\_\_ |
| NUMERO STUDENTI DELLA CLASSE |
| ALUNNI PARTECIPANTI ALLA VISITA DIDATTICA (Minimo 75%) |
| EVENTUALE/I CLASSE/I con cui effettuare la visita |
| 1° DOCENTE ACCOMPAGNATORE |
| 2° DOCENTE ACCOMPAGNATORE |
| 3° DOCENTE ACCOMPAGNATORE  (in sostituzione di un assente) |
| DOCENTE REFERENTE DELLA VISITA DIDATTICA |
| MODALITA’ DI TRASPORTO BUS  TRENO  |
| PRENOTAZIONE CON AGENZIA\* DI VIAGGIO SÍ o NO o  SE SÍ:  o VISITA **COMPLETA** (MEZZO DI TRASPORTO/MOSTRE/VISITE GUIDATE, ECC)  o SOLO **MEZZO DI TRASPORTO** BUS o      TRENO o |
| \*IL VIAGGIO SARA’ ORGANIZZATO DA AGENZIE INDIVIDUATE DALLA SCUOLA |

IL COORDINATORE DEL CONSIGLIO DI CLASSE

Prof. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_