**ISTITUTO SUPERIORE STATALE**

**CARLO DELL’ACQUA**

**LEGNANO**

VISITA DIDATTICA in orario scolastico

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  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 in orario scolastico |
| MODALITA’ DI TRASPORTO BUS  TRENO  |
| PRENOTAZIONE CON AGENZIA\* DI VIAGGIO SÍ  NO SE SÍ: VISITA **COMPLETA** (MEZZO DI TRASPORTO/MOSTRE/VISITE GUIDATE, ECC)   SOLO **MEZZO DI TRASPORTO** BUS       TRENO  |
| \*IL VIAGGIO SARA’ ORGANIZZATO DA AGENZIE INDIVIDUATE DALLA SCUOLA |

 IL COORDINATORE DEL CONSIGLIO DI CLASSE

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