



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE KENNEDY OVEST 3
 di Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado Via
 Del Santellone, 4 – 25132 BRESCIA
 Tel. 030/3738911 - Fax 030/3733019
 C.M. BSIC887001-C.F. 98156720173
www.kennedyovest3.edu.it
bsic887001@istruzione.it; bsic887001@pec.istruzione.it



Brescia, _____

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
 DELL'I.C. KENNEDY OVEST 3

Oggetto: MODULO DI AUTORIZZAZIONE AL VIAGGIO DI ISTRUZIONE/USCITA DIDATTICA

Nominativo docente referente	
-------------------------------------	--

I docenti della/e classe/i del Plesso..... chiedono l'autorizzazione ad effettuare il seguente viaggio di istruzione/uscita didattica.

Con la sottoscrizione del presente modulo, i docenti, si impegnano a partecipare al viaggio e si dichiarano consapevoli della responsabilità **"IN VIGILANDO"** per tutta la durata dello stesso. Dichiarano di aver **deliberato** il viaggio/uscita nel consiglio di classe/interclasse/intersezione del e di averlo presentato ai genitori, che hanno espresso parere favorevole, nell'assemblea di classe/interclasse/intersezione del.....

Dichiarano di essere in possesso:

1. delle autorizzazioni da parte delle famiglie;
2. dei tesserini di riconoscimento degli alunni;
3. dell'elenco degli alunni partecipanti (**da allegare al presente modulo**);
4. delle indicazioni per eventuale somministrazione farmaci

META	data	orario partenza da scuola	orario partenza dalla meta

MEZZO DI TRASPORTO	A PIEDI	<input type="checkbox"/>	PEDANA
	IN TRENO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AUTOBUS DI LINEA con biglietto AR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	AUTOBUS RIVERVATO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ALUNNI PARTECIPANTI	CLASSE	N° ALUNNI PARTECIPANTI	DI CUI N° ALUNNI CON DISABILITÀ
	TOTALE ALUNNI		
			SOMMINISTRAZIONE FARMACI SI ¹ NO Docente/i incaricato della somministrazione _____ _____

¹ Portare con sé il necessario per somministrazione farmaci

