



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL' UNIVERSITA' E DELLA
RICERCA ISTITUTO COMPRENSIVO DANTE
ALIGHIERI DI CIVITA CASTELLANA Via P. Togliatti 1 – 01033
CIVITA CASTELLANA
0761-513390 C.F. 80017690563
www.icomdantealighieri.edu.it vtic81700b@istruzione.it
vtic81700b@pec.istruzione.it

Ai Sigg. Genitori degli alunni

Classe _____

Plesso _____

Si informano le SSLL che per il giorno ___/___/___ è stato programmato il viaggio d'istruzione:

Programma del viaggio d'istruzione:

- ora di partenza: _____ luogo di partenza: _____ giorno: _____
- mezzo utilizzato: _____
- luoghi da visitare: _____
- docenti accompagnatori: _____
- ora di rientro previsto: _____ luogo di arrivo: _____ giorno: _____
- recapito telefonico di riferimento: _____

La suddetta attività è prevista dal Piano dell'Offerta Formativa e rientra nel progetto formativo che la scuola ha approvato per gli alunni: **la Firma per presa visione dei Genitori sul Registro Elettronico equivale ad AUTORIZZAZIONE/CONSENSO alla partecipazione.**

Il Docente Prevalente/Coordinatore di classe