



ISTITUTO COMPRESIVO "MATER DOMINI"

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di I grado

V.le T. Campanella, 125 - 88100 Catanzaro

Tel. 0961 771901 - Fax 0961 771741 - C.F. 80001860792

www.icmaterdominicz.edu.it - email:czic85800n@istruzione.it

Prot. n. 2100

Catanzaro, 28/03/2024

Gentile famiglia, il Consiglio di Classe propone lo svolgimento dell'uscita didattica per le **classi PRIME** del plesso T. Campanella di seguito indicata.

Destinazione: Antico Mulino delle Fate – Lametia Terme	
In data: 16/04/2024	
Con ritrovo alle ore: 8:00 circa	e rientro alle ore: 14:00 circa
Luogo di ritrovo e di rientro: [] scuola [X] altro: Piazzale mercato	
Luogo di partenza: Piazzale mercato	
Mezzo di trasporto: Autobus	
Docenti accompagnatori: 1) Congestri Carmen 2) Sesto Mariafrancesca	
Sostituti accompagnatori: 1)	2)
La quota richiesta alla famiglia di € 15,00 è comprensiva di :	
<input type="checkbox"/> VIAGGIO IN AUTOBUS X	<input type="checkbox"/> MOSTRE/ECC.
<input type="checkbox"/> INGRESSO A MUSEI	<input type="checkbox"/> SERVIZIO GUIDE
<input type="checkbox"/> SITI ARCHEOLOGICI	<input type="checkbox"/> PRANZO
<input type="checkbox"/> GALLERIE	<input type="checkbox"/> ALTRO X assicurazione

Si fa presente che:

- nel caso in cui l'adesione non sia totale il costo della visita potrebbe variare;
- in caso di mancata partecipazione al viaggio da parte di un allievo, per giustificati motivi, la restituzione delle quote avverrà sole se possibile;
- il pagamento della somma di € 15,00 deve essere eseguito **ENTRO IL 3 APRILE** mediante il circuito di pagamento PagoPA codice E80001860792240327132031HQPDD.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Maria Antonietta Crea

Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ex art.3, c.2 D.Lgs .39/93



Parte da restituire firmata

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI ALL'USCITA DIDATTICA

I sottoscritti genitori _____

AUTORIZZANO

NON AUTORIZZANO

la partecipazione dell'alunno/a _____ della classe ____ Plesso _____

Infanzia Primaria SSIG

all'uscita didattica a _____ il _____

SOLLEVANO

l'Istituto da ogni responsabilità per danni cagionati dall'alunno dovuti a negligenza, imprudenza, inosservanza delle regole di condotta impartite dai docenti accompagnatori.

COMUNICANO CHE

che il/la proprio/a figlio/a è allergico/a alle seguenti sostanze alimentari:

come risulta dall'allegato certificato medico.

Per comunicazioni urgenti alla famiglia i recapiti telefonici sono i seguenti: _____

Data: _____

Firma dei genitori o di chi ne esercita la responsabilità genitoriale:

