Ministero dell'Istruzione dell'Università e Ricerca

**ISTITUTO COMPRENSIVO N. 3 «LAME»**
**VIA BEVERARA N. 158 - 40131 BOLOGNA**
Segreteria tel. 051/6345568 - fax: 051/6344298
Dirigente Scolastico tel.: 051/6346287
e mail: boic81300r@istruzione.it
Cod. Mec. BOIC81300R - C.F. 91153370373

UNIONE EUROPEA

**Ai genitori degli alunni**
**Classe/Sezione_____**
**Plesso_____**

**Oggetto:** **Proposte di uscite sul territorio**
**Plesso …….. Classe …….**
**Adesione - Autorizzazione alla partecipazione**

Il Consiglio di classe della ……. propone di effettuare le seguenti visite guidate:

| destinazione | Ora: dalle...alle... . | periodo indicativo o preciso se già previsto | Totale alunni classe/i | costo TOTALE ipotizzato | costo UNITARIO ipotizzato |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

**DOCENTE REFERENTE: .....**

Il costo indicato è solo ipotizzato e calcolato su tutti gli alunni iscritti, ma, naturalmente, dipenderà dal risultato dal numero degli effettivi partecipanti.

Per poter procedere ai successivi adempimenti amministrativi, si chiede di **sottoscrivere l'autorizzazione in calce alla presente,** che autorizza ed impegna alla partecipazione del proprio/a figlio/a.

**Il tagliando dovrà essere riconsegnato al docente referente indicato tassativamente entro il …….....**

---

I sottoscritti genitori ……..

dell'alunno/a ……. della classe ……. della Scuola ……

SI IMPEGNANO a far partecipare il proprio/a figlio/a alle uscite didattiche proposte.

AUTORIZZANO pertanto il proprio/a figlio/a …… a prendere parte alle iniziative.

**Fanno presente che il proprio/a figlio/a è sottoposto a terapia farmacologica**. (cancellare se non di pertinenza)

……..

……...