**ISTITUTO COMPRENSIVO 2 “Monte Attu”** – **TORTOLI'**

Scuola Infanzia – Primaria – Secondaria di 1° grado Via Fleming, 1 – 08048 T O R T O L I' (OG) 0782/623804 – Fax 0782/623804

C.F. 91009660910 (cod. univoco ufficio UFBI4D) - Codice Min.:NUIC87000B e-mail: [nuic87000b@istruzione.it](mailto:nuic87000b@istruzione.it) – [nuic87000b@pec.istruzione.it](mailto:nuic87000b@pec.istruzione.it)

sito web: [http://www.ic2tortoli.edu.it](http://www.ic2tortoli.edu.it/)

SCHEDA DI PROGETTO USCITA DIDATTICA, VISITA GUIDATA E VIAGGI DI ISTRUZIONE

**A...S... 2024/2025**

**DESTINAZIONE**

**SCUOLA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CLASSI**

**SEDE**

**DOCENTE REFERENTE:**

**SEZIONE 1 - VALENZA DIDATTICA FINALITÀ**

Descrivere la finalità del viaggio e insegnamenti disciplinari coinvolti:

**OBIETTIVI**

**Attività Didattiche propedeutiche**

**Descrivere gli obiettivi educativi che si intendono perseguire**

**SEZIONE II - ITINERARIO**

**INDICARE LE LOCALITÀ SECONDO L’ORDINE CHE SI INTENDE SEGUIRE, SPECIFICANDO DETTAGLIATAMENTE E IN ORDINE CRONOLOGICO TUTTO CIÒ CHE SI INTENDE VISITARE o LE ATTIVITA’ DA SVOLGERE. SPECIFICARE I RECAPITI (INDIRIZZI E N.TELEFONO/FAX E-MAIL) DI CIASCUNO (Musei,**

**parchi, chiese, complessi archeologici, ecc.), specificare se si desidera la guida.**

**1.**

Ore

**2.**

**O**re

Ore: 20:00 Rientro in sede a Tortoli

**SEZIONE III - ORGANIZZAZIONE ORGANIZZAZIONE TEMPORALE**

\***** UNA GIORNATA

****

PIU’ GIORNATE indicare numero dei giorni

Indicare gli orari di partenza e rientro in sede e il mese e il giorno/i in cui si intende effettuare il viaggio

Partenza

Rientro in sede

**ORGANIZZAZIONE SERVIZIO DI TRASPORTO E RISTORAZIONE**

Trasporto: specificare richiesta

**** PRANZO IN RISTORANTE **** PRANZO AL SACCO

**PER I VIAGGI DI UN GIORNO** INDICARE NOMINATIVO E RECAPITO (INDIRIZZO E N.TELEFONO) DEL RISTORANTE O AGRITURISMO

* Ristorante
* Agriturismo

INDICARE MENÙ E PRESENZA DI EVENTUALI ALUNNI CON INTOLLERANZE ALIMENTARI:

\_Gli alunni con intolleranze alimentari sono stati monitorati e segnalati

**PER I VIAGGI DI PIU’ GIORNI :**

SPECIFICARE LA CATEGORIA DELL’ALBERGO:

SPECIFICARE L’UBICAZIONE: SE CENTRALE, SEMICENTRALE O PERIFERICO: \_ SE SI DESIDERA O MENO L’AUTOBUS AL SEGUITO:

SPECIFICARE SE LE PRENOTAZIONI (MUSEI, SITI DI INTERESSE) SONO A CARICO DELL’AGENZIA O DEI DOCENTI:

PASTI CON SERVIZIO AL TAVOLO O SELF SERVICE:

**SEZIONE IV - PARTECIPANTI**

**ALUNNI**

Indicare il numero degli alunni, specificando maschi e femmine, che intendono partecipare. Evidenziare la partecipazione al viaggio di alunni diversamente abili.

Tot

ALUNNI

DI CUI N DIVERSAMENTE ABILI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° |  | ALUNNI | DI CUI | MASCHI |  | FEMMINE |  | CLASSE |  |
| N° |  | ALUNNI | DI CUI | MASCHI |  | FEMMINE |  | CLASSE |  |
| N° |  | ALUNNI | DI CUI | MASCHI |  | FEMMINE |  | CLASSE |  |

**DOCENTI ACCOMPAGNATORI**

Indicare i nominativi dei docenti che hanno sottoscritto l’impegno a partecipare al viaggio e i nominativi dei supplenti. **I docenti impegnati su più plessi o istituti devono evitare sovrapposizioni.**

**SUPPLENTI**:

1. DOCENTE:
2. DOCENTE:
3. DOCENTE:
4. DOCENTE:
5. DOCENTE:
6. DOCENTE:

**SEZIONE V – TIPOLOGIA DI FINANZIAMENTO**

□ ex L.R. 31/84

FAMIGLIE

**□** ALTRO

Data Il docente referente di progetto