



## LICEO LINGUISTICO STATALE "ILARIA ALPI"

CENTRALE: P.ZZA ALDO MORO, 76 - 47521 CESENA (FC) Tel. 0547.21256

SEDE DISTACCATA: P.ZZA SANGUINETTI, 44 - 47521 CESENA (FC) Tel. 0547.29306

fopm05000n@istruzione.it fopm05000n@pec.istruzione.it

Cod. Mecc. FOPM05000N - C.F. 90067890401

[WWW.LICEOALPI.EDU.IT](http://WWW.LICEOALPI.EDU.IT)

Richiesta preventivo per:

VIAGGIO DI ISTRUZIONE

SOGGIORNO STUDIO

SCAMBIO LINGUISTICO

Luogo di destinazione \_\_\_\_\_

Data di partenza \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

ora PARTENZA \_\_\_\_.

Data di rientro \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

ora PARTENZA \_\_\_\_.

Classe/i \_\_\_\_\_

**DOCENTE CAPOCOMITIVA: Prof./ssa** \_\_\_\_\_

Nr. Alunni partecipanti: \_\_\_\_ di cui **Maschi:** \_\_\_\_ **Femmine:** \_\_\_\_ Alunni **non** partecipanti n° \_\_\_\_

Docenti accompagnatori (incluso capocomitiva) n° \_\_\_\_ **Tot.** (alunni e docenti) \_\_\_\_ (vedi allegato)

**Mezzo di Trasporto:**  Pullman  Treno  Traghetto  Aereo

In caso di **AEREO** indicare quali servizi si richiedono tra i seguenti:

Aeroporto di \_\_\_\_\_  Bagaglio a mano  Bagaglio in stiva

Trasferimento Cesena - Aeroporto - Cesena in pullman

Trasferimento Aeroporto - Hotel/Scuola - Aeroporto in pullman

**Sistemazione:**  Hotel \*\*\*  Ostello  Hotel/Ostello specifico \_\_\_\_\_

**zona:**  centrale  semicentrale  vicino alla metropolitana

**Trattamento:**  Mezza pensione ( cena+1<sup>a</sup>colaz.  pranzo+1<sup>a</sup>colaz.  cestino da viaggio)

Pensione completa

Pernottamento e 1<sup>a</sup> colazione

Camera singola per docenti e autista

Altro (specificare) \_\_\_\_\_

**Pasti:**  solo in Hotel

in Hotel o ristorante convenzionato (secondo disponibilità)

Eventuali **altri servizi** da richiedersi alle Agenzie viaggi (specificare):

**disponibilità serale dell'autista** (nei limiti della nuova normativa)

**ESCURSIONI:** luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ dalle \_\_\_\_ alle \_\_\_\_

**PRENOTAZIONI:** \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_ orario \_\_\_\_\_

Altro: (specificare) \_\_\_\_\_

CLASSE/I PARTECIPANTE/I \_\_\_\_\_ N° ALUNNI \_\_\_\_\_ SU UN TOTALE DI \_\_\_\_\_ % PARTECIPANTI \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ N° ALUNNI \_\_\_\_\_ SU UN TOTALE DI \_\_\_\_\_ % PARTECIPANTI \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ N° ALUNNI \_\_\_\_\_ SU UN TOTALE DI \_\_\_\_\_ % PARTECIPANTI \_\_\_\_\_  
**Tot. classi** \_\_\_\_\_ **TOT. ALUNNI** \_\_\_\_\_ **% PARTECIPANTI** \_\_\_\_\_

	COGNOME E NOME DOCENTI	Firma
CAPOCOMITIVA	_____	_____
INSEGNANTI	_____	_____
ACCOMPAGNATORI	_____	_____
	_____	_____
supplente/i	_____	_____
	_____	_____

### BISOGNI SPECIFICI DEGLI ALUNNI

CLASSE	COGNOME E NOME	DISABILE	CELIACO	ALLERGICO	VEGETARIANO	MEDICINALE SALVAVITA	ALTRO

### ALUNNI NON PARTECIPANTI

N°	Cognome	Nome	Classe
1			
2			
3			
4			
5			

Firma del Docente Capocomitiva \_\_\_\_\_

#### **Allegati:**

1. Elenco alunni partecipanti;
2. Autorizzazione genitori;
3. Copie versamenti di acconto;
4. Programma dettagliato dell'attività con obiettivi e finalità didattico-culturali .

Approvato nel Consiglio della/e Classe/i \_\_\_\_\_ del \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_ e del \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Visto:  si autorizza  non si autorizza

Cesena, \_\_\_/\_\_\_/20\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
 Prof. Francesco Postiglione