**SCHEDA DI PRESENTAZIONE RICHIESTA CAMPO SCUOLA**

**PLESSO a. s.**

DESTINAZIONE:

ITINERIARIO:

LUOGHI DA VISITARE (MUSEI-PARCHI….)

MEZZO DI TRASPORTO:

PERIODO: dal giorno al giorno . Per un numero totale di giorni pari a

NUMERO ALUNNI PARTECIPANTI DISITINTI PER CLASSE E TOTALI

Classe alunni

n. di cui diversamente abili n. che necessitano di presenza OEPA e/o

Assistente alla comunicazione n.

Classe alunni

n. di cui diversamente abili n. che necessitano di presenza OEPA e/o

Assistente alla comunicazione n. n.

Classe alunni

n. di cui diversamente abili n. che necessitano di presenza OEPA e/o

Assistente alla comunicazione n. n.

Totale alunni n. di cui diversamente abili n.

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMINATIVI DOCENTI POSTO COMUNE** | **FIRMA PER ASSUNZIONE RESPONSABILITÀ** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMINATIVI DOCENTI SOSTEGNO PARTECIPANTI** | **CLASSE FREQUENTATA DALL’ALUNNO** | **FIRMA PER ASSUNZIONE RESPONSABILITÀ** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMINATIVI OEPA PARTECIPANTI** | **CLASSE FREQUENTATA DALL’ALUNNO** | **FIRMA PER ASSUNZIONE RESPONSABILITÀ** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOMINATIVI ASSISTENTI ALLA COMUNICAZIONE PARTECIPANTI** | **CLASSE FREQUENTATA DALL’ALUNNO** | **FIRMA PER ASSUNZIONE RESPONSABILITÀ** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PARTICOLARI NECESSITÀ MEDICHE O DI ALTRO GENERE**  **(SOMMINISTRAZIONE FARMACI, TERAPIE SALVA VITA)** | | |
| **CLASSE** | **COGNOME E NOME** | **TIPOLOGIA DI NECESSITA’** |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ALLERGIE E INTOLLERANZE ALIMENTARI O DI ALTRO GENERE** | | |
| **CLASSE** | **COGNOME E NOME** | **TIPOLOGIA DI ALLERGIA E/O INTOLLERANZA** |
|  |  |  |
|  |  |  |

Roma,

Il docente referente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_