



**Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca**

Istituto Comprensivo Statale di Bosisio Parini  
Via A. Appiani, 10 - 23842 BOSISIO PARINI (LC)  
Tel.: 031 865644 - Fax: 031 865440  
e-mail: segreteriabosisio@tiscali.it

Ai genitori degli alunni della classe .....

**COMUNICAZIONE VISITA GUIDATA/VIAGGIO D'ISTRUZIONE**

Destinazione: ..... Periodo:  
.....  
Partenza ore ..... da ..... Rientro ore ..... a  
.....  
Mezzo di trasporto ..... Spesa pro capite €\* .....

Programma

\* Quota calcolata ipotizzando la partecipazione di tutta la classe e che pertanto subirà variazioni in caso di mancata autorizzazione di qualche alunno.

-----  
tagliare e restituire secondo la indicazioni fornite dai docenti

AUTORIZZAZIONE

Il sottoscritto ..... genitore/tutore dell'alunno  
..... frequentante la classe ..... plesso  
.....

**AUTORIZZA**

la partecipazione del/la proprio/a figlio/a al/la visita guidata/viaggio d'istruzione promosso da:  
.....  
.....

Destinazione: ..... Periodo:  
.....  
Partenza ore ..... da ..... Rientro ore ..... a  
.....  
Mezzo di trasporto ..... Spesa pro capite € .....

**DICHIARA**

- di essere consapevole che la presente autorizzazione lo impegna a versare alla scuola la somma pro capite preventivata con le variazioni derivanti dalla mancata autorizzazione di qualche alunno;
- di impegnarsi a fornire il/la proprio/a figlio/a di valido documento di riconoscimento per il periodo del/la visita guidata/viaggio d'istruzione.

Data .....

Firma .....