|  | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE “Giuseppe Mazzini”**  *Corso XVIII Settembre, 25 - 60022 CASTELFIDARDO (AN)*  *Tel. 071780950 – 0717824490 - 0717825225*  Codice Fiscale: 80015050422 - Codice Meccanografico: ANIC84100B  e-mail: [anic84100b@istruzione.it](mailto:anic84100b@istruzione.it) – [www.icmazzinicastelfidardo.edu.it](http://www.icmazzinicastelfidardo.edu.it) |
| --- | --- |

**PROPOSTA DI VISITA DIDATTICA**

| DESTINAZIONE |  |
| --- | --- |
| Oggetto della visita |  |
| Attività previste e costi indicativi |  |
| Data prevista |  |
| Luogo e orario di partenza |  |
| Luogo e orario di ritorno |  |

| Destinazioni intermedie |  |
| --- | --- |
| Oggetto della visita |  |
| Attività previste e costi indicativi |  |

| Classi interessate |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numero di alunni partecipanti |  |  |  |  |  |  |
| -di cui alunni con disabilità |  |  |  |  |  |  |
| Numero docenti accompagnatori |  |  |  |  |  |  |
| Numero altri accompagnatori |  |  |  |  |  |  |

| Mezzi di trasporto proposti | | Segnalare eventuali necessità per alunni con limitata autonomia |
| --- | --- | --- |
|  | Pulmino comunale |  |
|  | Pullman |
|  | Altro……. |
|  | Altro …… |

Proposta approvata in sede di:

* consiglio di classe / interclasse / intersezione del …..
* programmazione settimanale

Si allega relazione didattica

**Docente referente e recapito**