

ISTITUTO COMPRENSIVO
DI SAN VERO MILIS

MODULISTICA
USCITE E VIAGGI DI ISTRUZIONE
A.S. 2024/2025





Repubblica Italiana
MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E RICERCA
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SAN VERO MILIS

Via Umberto I n.12 09070 San Vero Milis (OR) Tel. ☎ 0783 53670 fax 📠 0783 558128 P.IVA 90027760959 – mail-
oric81200v@istruzione.it pec. Oric81200v@pec.istruzione.it www.icsanveromilis.gov.it

Modello 1 - scheda analitica visite guidate e viaggi di istruzione

Sezione 1-Descrittiva 1.1 Denominazione progetto

Indicare Codice e denominazione progetto

1.2 Responsabile progetto

Indicare il responsabile del progetto

1.3 Obiettivi

Descrivere gli obiettivi misurabili che si intendono perseguire, i destinatari a cui si rivolge, le finalità e le metodologie utilizzate. Illustrare eventuali rapporti con altre Istituzioni

Motivazioni didattiche della proposta (finalità):

Obiettivi e Risultati attesi:

Destinatari:

Di cui alunni legge 104/1992 _____

1.4 Durata

Descrivere l'arco temporale nel quale il progetto si attua, illustrare le fasi operative individuando le attività da svolgere in un anno finanziario separatamente da quelle da svolgere in un altro.

Durata:

Periodo:

1.5 Risorse umane

Indicare i profili di riferimento dei docenti, dei non docenti e dei collaboratori esterni che si prevede di utilizzare. Indicare i nominativi delle persone che ricopriranno ruoli rilevanti. Separare le utilizzazioni per anno finanziario.

Docenti **accompagnatori** (1 ogni 15 alunni uscenti)

1.Nome e Cognome..... Firma per accettazione

2.Nome e Cognome..... Firma per accettazione

Riserva Nome e Cognome..... Firma per accettazione

In presenza di alunni legge 104/1992

Docente di sostegno..... Firma per accettazione

Docente di sostegno..... Firma per accettazione

Docente **Referente del Viaggio**

1.Nome e Cognome..... Firma per accettazione

Il Coordinatore del Consiglio di Classe

1.6 Beni e servizi

Indicare le risorse logistiche ed organizzative che si prevedono di utilizzare per la realizzazione. Separare gli acquisti da effettuare per anno finanziario.

Data / / _____

Il Docente responsabile del progetto/referente accompagnatore

Approvata dal consiglio di classe, interclasse o intersezione in data(allegare verbale sottoscritto)

Approvato dal collegio docenti in data _____

O Si autorizza O Non si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



Repubblica Italiana

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA E RICERCA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SAN VERO MILIS

Via Umberto I n.12 09070 San Vero Milis (OR) Tel. ☎ 0783 53670 fax 📠 0783 558128 P.IVA 90027760959 – mail-
oric81200v@istruzione.it pec. Oric81200v@pec.istruzione.it www.icsanveromilis.gov.it

Plesso di _____

a.s. _____

Modello 2 - Elenco degli accompagnatori con dichiarazione di assunzione dell'obbligo di vigilanza per visita guidata o viaggio di istruzione.

Visita guidata/Viaggio d'istruzione, organizzato da questo istituto nel giorno _____ a _____ in conformità ai criteri generali stabiliti dal Consiglio d'Istituto e agli obiettivi culturali e didattici identificati dal Collegio dei Docenti operativamente resi possibili dal Consiglio d'istituto.

Dichiarazione di assunzione dell'obbligo della vigilanza da parte degli accompagnatori.

Con riferimento agli art. 2047 e 2048 del C.C., nonché all'art. 61 della legge 1° luglio n.312, i sottoscritti accompagnatori assumono l'obbligo di vigilanza degli alunni loro affidati durante lo svolgimento del Visita guidata/Viaggio d'istruzione.

Numero d'ordine	Cognome e nome docente accompagnatore	Classe/Sezione nominativi gruppi alunni (accompagnati dal docente indicato) a sinistra	Firma docente accompagnatore	Cellulare di reperimento del referente
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

ELENCO ALUNNI CHE NON PARTECIPANO ALLA VISITA GUIDATA/ VIAGGIO DI ISTRUZIONE

Classe _____ sez. _____	Classe _____ sez. _____

Totale alunni Iscritti _____ Totale alunni partecipanti _____

Si dichiara che è stata raggiunta la partecipazione dei 2/3 degli alunni delle classi interessate

O Si autorizza

O Non si autorizza

IL DIRIGENTE SCOLASTICO



Repubblica Italiana
MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E RICERCA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SAN VERO MILIS

Via Umberto I n.12 09070 San Vero Milis (OR) Tel. ☎ 0783 53670 fax 📠 0783 558128 P.IVA 90027760959 – mail-
oric81200v@istruzione.it pec. Oric81200v@pec.istruzione.it www.icsanveromilis.gov.it

Modello 3 - Elenco alunni partecipanti al viaggio d'istruzione o visita guidata del __/__/__

Plesso _____ Scuola ☐ Infanzia-☐ Primaria-☐ Sec. 1° grado

Classe/i _____ a.s. _____

Numero d'ordine	COGNOME E NOME DELL'ALUNNO	CLASSE/SEZIONE AFFIDATA
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		

Il Docente responsabile del progetto/referente accompagnatore

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Modello 4 - Autorizzazione dei genitori

Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo
San Vero Milis San Vero Milis, _____(indicare la data)

I sottoscritt_, genitore dell'alunn _____ frequentante la classe ____ della
sede di _____

AUTORIZZA

I proprio figli_ a prendere parte a:

- USCITA DIDATTICA _____
- VISITA GUIDATA _____
- LABORATORIO O PROGETTO _____
- VIAGGIO D'ISTRUZIONE _____

- presso _____ il/i giorno/i _____
- in orario scolastico(8:30-13:30)/extrascolastico _____

L'alunno partecipante dovrà _____

(firma del/i genitore/i)

Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo
San Vero Milis San Vero Milis, _____(indicare la data)

I sottoscritt_, genitore dell'alunn _____ frequentante la classe ____ della
sede di _____

AUTORIZZA

I proprio figli_ a prendere parte a:

- USCITA DIDATTICA _____
- VISITA GUIDATA _____
- LABORATORIO O PROGETTO _____
- VIAGGIO D'ISTRUZIONE _____

- presso _____ il/i giorno/i _____
- in orario scolastico(8:30-13:30)/extrascolastico _____

L'alunno partecipante dovrà _____

(firma del/i genitore/i)

Modello 5 – dichiarazione genitori intolleranze/allergie/trattamenti farmacologici

Al Dirigente scolastico dell'Istituto
Comprensivo San Vero Milis

Il /La sottoscritto/a _____ Genitore o Tutore dell'alunno/a
_____ frequentante la classe/sezione _____ nella Scuola

☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di _____ quale esercitante la patria potestà (o avendone l'affidamento e la responsabilità) essendo a conoscenza del programma dell'uscita didattica, visita guidata o viaggio di istruzione

DICHIARA

che l'alunno/a sopra indicato:

- ☐ non ha intolleranze alimentari ☐ non ha allergie ad alcun tipo di farmaco
☐ è intollerante/allergico/a alle seguenti sostanze (allego certificato medico)

_____ ☐ richiede alimentazione differenziata (vegetariana, vegana, ecc....)

☐ è sottoposto a trattamento farmacologico sulla base di idonea prescrizione medico-specialistica di cui si allega originale (allego dichiarazione e certificato) _____

☐ che quotidianamente ed obbligatoriamente alle ore _____ deve assumere la prescritta dose di _____ e che la dose prescritta è quantificata in _____;

☐ che il figlio/a necessita di aiuto e/o assistenza durante la somministrazione del farmaco sopra indicato;

☐ che il dosaggio di detto medicinale e la patologia dello stesso sono indicati nell'allegata prescrizione medica ☐ di riconoscere e consentire che l'insegnante oppure _____ provveda alla somministrazione del medicinale al minore e sollevano l'operatore stesso da qualsivoglia responsabilità connessa alla somministrazione richiesta.

Si impegna a segnalare agli/alle accompagnatori/accompagnatrici con congruo anticipo, ogni situazione o condizione riguardante l'alunno/a che possa creare problemi durante il viaggio ed il soggiorno. CELLULARE GENITORE DA CONTATTARE DURANTE IL VIAGGIO _____

Data, _____

Firma del genitore (o tutore)

Al Dirigente scolastico dell'Istituto
Comprensivo San Vero Milis

Il /La sottoscritto/a _____ Genitore o Tutore dell'alunno/a
_____ frequentante la classe/sezione _____ nella Scuola

☐ Infanzia ☐ Primaria ☐ Secondaria di _____ quale esercitante la patria potestà (o avendone l'affidamento e la responsabilità) essendo a conoscenza del programma dell'uscita didattica, visita guidata o viaggio di istruzione

DICHIARA

che l'alunno/a sopra indicato:

- ☐ non ha intolleranze alimentari ☐ non ha allergie ad alcun tipo di farmaco
☐ è intollerante/allergico/a alle seguenti sostanze (allego certificato medico)

_____ ☐ richiede alimentazione differenziata (vegetariana, vegana, ecc....)

☐ è sottoposto a trattamento farmacologico sulla base di idonea prescrizione medico-specialistica di cui si allega originale (allego dichiarazione e certificato) _____

☐ Che quotidianamente ed obbligatoriamente alle ore _____ deve assumere la prescritta dose di _____ e che la dose prescritta è quantificata in _____;

☐ Che il figlio/a necessita di aiuto e/o assistenza durante la somministrazione del farmaco sopra indicato;

☐ Che il dosaggio di detto medicinale e la patologia dello stesso sono indicati nell'allegata prescrizione medica ☐ Di riconoscere e consentire che l'insegnante oppure _____ provveda alla somministrazione del medicinale al minore e sollevano l'operatore stesso da qualsivoglia responsabilità connessa alla somministrazione richiesta.

Si impegna a segnalare agli/alle accompagnatori/accompagnatrici con congruo anticipo, ogni situazione o condizione riguardante l'alunno/a che possa creare problemi durante il viaggio ed il soggiorno. CELLULARE GENITORE DA CONTATTARE DURANTE IL VIAGGIO _____

Data, _____

Firma del genitore (o tutore)

Modello 6 - uscita scolastica in orario di servizio per singola classe

Al Dirigente scolastico
dell'Istituto Comprensivo
San Vero Milis

luogo _____, data _____

Oggetto: Autorizzazione uscita didattica in orario di servizio per singola classe

IL/La sottoscritt- _____ docente in servizio presso la Scuola _____

Chiede

l'autorizzazione a recarsi _____ con la classe _____ di _____, in data _____ in orario scolastico per _____.

Secondo quanto segue si indicano tempo, luogo di attuazione e costi dell'iniziativa culturale proposta: Giorno:

_____. Partenza con _____ alle ore ____ per _____; ore _____ visione/arrivo.....; ore _____ partenza da _____ per rientro alla Scuola _____.

Obiettivi didattici e culturali dell'iniziativa:

- favorire la socializzazione tra gruppi – classe
- avvicinare i ragazzi a esperienze e spettacoli di iniziativa culturale/esperienze di educazione...../ esperienze storico-artistiche-archeologiche; sportive.....

Partecipazione:

Sede di

Totale alunni partecipanti: classe _____ corso

n° alunni _____

Totale accompagnatori partecipanti:

n° (Maestre/Prof.ri)

Il contributo richiesto a ciascun alunno e accompagnatore è così quantificato:

Per il biglietto di ingresso

€ -----

Per il servizio scuolabus

€ 0,00

Numero d'ordine	Cognome e nome docente accompagnatore	Classe/Sezione/ nominativi gruppi alunni (accompagnati dal docente indicato) a sinistra	Firma docente accompagnatore	Cellulare di reperimento del referente
1.				
2.				
3.				
4.				

Totale spesa per ogni partecipante € 0,00

Spesa complessiva prevista per un totale di ----- partecipanti €0,00

IL/La docente si impegna a presentare:

☐ dichiarazione di consenso dei genitori ed elenco nominativi degli allievi partecipanti distinti per classe.

IL/La docente referente

Ai sensi della C.M. n. 291 del 14.10.1992, constatata la regolarità della presente istanza e considerata la valenza dell'iniziativa,

SI AUTORIZZA

La realizzazione del viaggio di istruzione di cui trattasi.

I docenti sopraindicati, i quali hanno sottoscritto la relativa dichiarazione di assunzione di incarico, sono rispettivamente nominati: Responsabile della visita guidata e Accompagnatori, con i relativi impegni formali previsti dalle vigenti disposizioni.

Il Dirigente Scolastico



Repubblica Italiana
MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITÀ E RICERCA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SAN VERO MILIS

Via Umberto I n.12 09070 San Vero Milis (OR) Tel. ☎ 0783 53670 fax 📠 0783 558128 P.IVA 90027760959 – mail-
oric81200v@istruzione.it pec. Oric81200v@pec.istruzione.it www.icsanveromilis.gov.it

Modello 7 - per relazione finale

(Compilare a cura del Responsabile della visita guidata o viaggio di istruzione)

Viaggio d'istruzione a

Periodo Durata giorni

Studenti effettivamente partecipanti:

Classe n. su Classe n. su

Classe n. su Classe n. su

Classe n. su Classe n. su

Studenti assenti su iscritti al viaggio

Nomi degli assenti

Accompagnatori :

.....

Responsabile viaggio Altri

QUALITÀ DEI SERVIZI RICEVUTI

Mezzo di trasporto:

Albergo: nome Località

Giudizio sulle camere:

.....

Giudizio sui pasti:

.....

Giudizio globale sui servizi forniti dall'Agenzia:(nome).....

.....

Altro.....

.....

Le finalità didattiche sono state raggiunte? ☐ SI ☐ NO ☐ IN PARTE

Data,.....

Firma del Il Docente referente accompagnatore

.....