

RICHIESTA DI VISITA DIDATTICA.

DA COMPILARE E RESTITUIRE VIA FAX AL N. 08587291

PERIODO VISITA \_\_\_\_\_ DATA/E PREFERITA/E \_\_\_\_\_

ATTIVITA' (INDICARE IL SERVIZIO RICHiesto)

- MEZZA GIORNATA ORARIO DALLE \_\_\_\_\_ ALLE \_\_\_\_\_
- GIORNATA INTERA ORARIO DALLE \_\_\_\_\_ ALLE \_\_\_\_\_
- CICLO DI VISITE (MIN. 3) PERIODI \_\_\_\_\_
- CON DEGUSTAZIONE
- CON PRANZO
- CON PRANZO AL SACCO

SCUOLA/ASSOCIAZIONE/GRUPPO \_\_\_\_\_

CLASSE/I E ETA' OSPITI \_\_\_\_\_

INDIRIZZO \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_

INSEGNANTE/I REFERENTE/I USCITE DIDATTICHE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

N. ALUNNI PARTECIPANTI ALLA VISITA \_\_\_\_\_

N. ACCOMPAGNATORI \_\_\_\_\_

EVENTUALI PARTECIPANTI CHE PRESENTANO ALLERGIE \_\_\_\_\_ (SI/NO)

SE SI, A CHE COSA? \_\_\_\_\_

PRESENZA DISABILI \_\_\_\_\_ (SI/NO) SE SI, INDICARE L'EVENTUALE PRESENZA

DI INSEGNANTE DI SOSTEGNO E SE VI SONO PARTICOLARI PRESIDI/CAUTELE/

ATTENZIONI DIDATTICHE DA APPRESTARE \_\_\_\_\_

INDICARE I PERCORSI O LE ATTIVITA' DI LABORATORIO SCELTI:

PRECONOSCENZE DELLA MATERIA OGGETTO DI VISITA \_\_\_\_\_ (SI/NO)

ARGOMENTI TRATTATI IN CLASSE \_\_\_\_\_

ARGOMENTI SU CUI SI CHIEDE PARTICOLARE APPROFONDIMENTO \_\_\_\_\_

ARGOMENTI - PERCORSI - LABORATORI NON OFFERTI DI CUI SI SUGGERISCE  
L'ATTIVAZIONE \_\_\_\_\_

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO E FIRMA