



REGISTRO DELLE COMUNICAZIONI A.S. 2019/2020
COMUNICATO N.156 del 07/12/2019

Ai genitori e agli alunni delle classi **4P e 4S**
partecipanti al viaggio d'istruzione TORINO 2020
Alla Vicepresidenza
e p.c. alla DSGA

Oggetto: **CAPARRA per viaggio d'istruzione TORINO 31/03/2020– 3/04/2020 - classi 4P e 4S**

Si richiede cortesemente il pagamento di euro 125 come CAPARRA per il Viaggio d'istruzione in oggetto.

Il **modulo sottostante**, debitamente compilato, e la ricevuta del **pagamento della CAPARRA di 125 euro** devono essere consegnati alle Sig.ra Luisa della segreteria **entro e non oltre sabato 14 dicembre 2019**.

Il pagamento della quota dovrà essere effettuato preferibilmente tramite bonifico bancario al seguente IBAN: IT72H0103014100000004286400 (Monte Paschi Siena) intestato al "LICEO SCIENTIFICO E LINGUISTICO F. REDI" con causale: **Viaggio d'istruzione a TORINO 31/03/2020 – 3/04/2020 di nome e cognome alunno/classe frequentata**. Per qualsiasi chiarimento circa il pagamento rivolgersi alla Sig.ra Luisa.

Si ricorda che è necessario portare la **carta d'identità, in corso di validità**.

Al momento, il viaggio prevede il seguente programma, che però potrebbe subire delle variazioni:

- Viaggio in autobus GT
- 3 notti presso un Hotel 3 stelle con cena, pernottamento e prima colazione inclusi
- Visite al Museo Egizio, Palazzo Reale, Palazzo Madama, Duomo, Museo Nazionale dell'Automobile, Mole Antonelliana e Museo del Cinema

In prossimità del viaggio verrà presentato agli studenti il programma dettagliato.

Il Dirigente Scolastico
Prof. Anselmo Grotti

Da riconsegnare alla Sig.ra Luisa, con la ricevuta della caparra, entro il 14 dicembre 2019

I sottoscritti Sig. _____ e Sig.ra _____
genitori dell'alunno/a
_____ frequentante la classe _____ sezione _____ di codesto Istituto, dichiarano di essere a conoscenza del comunicato relativo alla **CAPARRA per il viaggio d'istruzione TORINO 31/03/2020– 3/04/2020 - classi 4P e 4S** e si impegnano a versare la quota di 125 euro entro il 14 dicembre 2019. Dichiarano inoltre (**barrare la casella che interessa**)

- che il/la proprio/a figlio/a NON presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare
- che NON deve assumere alcun tipo di farmaco
- che il/la proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i:
.....
.....
.....
- che deve assumere il seguente farmaco:
.....

Data _____ Firma dei genitori _____