



Ministero dell'Istruzione

Liceo "Renato Donatelli"

Via della Vittoria, 35 - 05100 TERNI - TEL: +39 0744 428134 - FAX: +39 0744 409338
Sito Web: liceodonatelli.edu.it - E-Mail: trps03000x@istruzione.it - P.E.C.: trps03000x@pec.istruzione.it

COMUNICAZIONE N° 346
[COM_346_ Pagamento saldo viaggio istruzione classi quinte]

Terni, 01 febbraio 2023

Agli alunni delle classi quinte
Ai genitori degli alunni
Ai docenti
Al RE
Al sito web

Oggetto: Saldo viaggi di istruzione per le classi quinte

Facendo seguito alla precedente comunicazione n. 247 del 06/12/2022, si comunica che la quota individuale da versare come saldo per il viaggio classi quinte destinazione è così suddiviso:

MADRID è pari ad **euro 254,00**

VIENNA è pari ad **euro 166,00**

Il versamento della quota con la seguente modalità:

Pago in rete: <http://www.istruzione.it/pagoindrete>

PAGAMENTO ENTRO IL 08/02/2023

MADRID

1. 22-25 FEBBRAIO CLASSI 5°AS-5°BS
2. 26 FEBBRAIO 01 MARZO CLASSI 5°A-5°CS
3. 19-22 MARZO 5°E-5°BL
4. 26-29 MARZO 5°C-5°D

VIENNA

21-25 MARZO 5°AL-5°CL

Nulla è dovuto dalle famiglie che non hanno dichiarato l'interesse a partecipare.

Il programma dettagliato del viaggio verrà fornito prossimamente.
Si allega modulo allergie/intolleranze/medicine da compilare e rinviare

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Luciana Leonelli
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa,
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993*

REFERENTE DEL PROCEDIMENTO
BL

I sottoscritti Sig. Cellulare numero e
Sig.ra..... Cellulare numero..... genitori
dell'alunno/a..... classe..... sez. partecipante
allo stage linguistico inglese a Londra dal 06 febbraio al 11 febbraio 2023.

DICHIARANO

- o che il proprio/a figlio/a non presenta nessuna forma di allergia e/o intolleranza alimentare;
- o che il proprio/a figlio/a presenta la/le seguente/i allergia/e e/o intolleranza/e alimentare/i

(indicare in stampatello nello spazio sottostante la/e allergia/e e in caso di cibi intolleranti specificare ciò che si può mangiare in alternativa):

che il proprio/a figlio/a può assumere in caso di bisogno i seguenti medicinali sotto il controllo di un docente, secondo le indicazioni e la posologia sotto i riportata:

Farmaco _____ Posologia _____

Farmaco _____ Posologia _____

Farmaco _____ Posologia _____

Farmaco _____ Posologia _____

Firma
