

		
UNIONE EUROPEA	REGIONE CALABRIA Assessorato Istruzione, Alta Formazione e Ricerca	REPUBBLICA ITALIANA

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE

SPEZZANO ALBANESE (CS)

Scuola dell'Infanzia – Scuola Primaria – Scuola Secondaria I Grado ad indirizzo Musicale

VIA VIGNALE, SNC – 87019 SPEZZANO ALBANESE (CS)

COD. FISC. 94018300783 – COD. MECC. CSIC878003 -tel. e fax 0981.953077

www.icspixana.edu.it - e-mail: csic878003@istruzione.it - p.e.c.: csic878003@pec.istruzione.it

Al Dirigente scolastico
dell'I.C. Spezzano Albanese

Oggetto: Inclusive Sporting Camp 2025 – Casal Velino, SA

Il/I sottoscritto/i genitori/tutori _____ dell'alunno/a

_____ frequentante nel corrente anno scolastico la

classe II sez _____ Scuola secondaria di I grado

AUTORIZZANO

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare al Campus in oggetto, che si terrà dal giorno 12 al giorno 14 maggio 2025 con il seguente itinerario:

Partenza da Spezzano Albanese (Piazza Parcheggio) ore 7.00

Arrivo ore 10.30 circa pressola Certosa di Padula visita con guida e poi si prosegue per raggiungere la struttura.

- pranzo a cura dei partecipanti
- Arrivo nel primo pomeriggio presso il Villaggio Copacabana
- Inizio attività come da programma allegato
- Giorno 14 nel primo pomeriggio partenza per Paestum visita al Parco Archeologico con guida, alla fine partenza per Spezzano e arrivo previsto in serata a P.za Parcheggio.

Il costo totale dell'uscita didattica varia da € 180.00- a € 200.00. Il costo definitivo dipende dal numero dei partecipanti.

La quota comprende: visita a Paestum e alla Certosa - guida turistica - pernottamenti, pranzi e cene – autobus GT)

L'acconto di 100.00 dovrà essere versato entro il 27 marzo 2025, la restante quota si dovrà versare una settimana prima della partenza prevista per il giorno 12 maggio.

Autorizzazione da consegnare insieme alla fotocopia del pagamento dell'acconto al docente Paolo Cucci entro il 28 marzo 2025

N.B. Per eventuali allergie e intolleranze alimentari e non, si prega di comunicare.

TIPO DI ALLERGIA:

--

- Docente referente Paolo Cucci tel. 3392841681

Data, _____

Firma genitore/i
