**RICHIESTA PRENOTAZIONE**

**SERVIZIO DI AUTOTRASPORTO SCUOLABUS**

**SCUOLE DI GIAVENO**

Alla Dirigente Scolastica

dell’I.C. Gonin di Giaveno

Al Comune di Giaveno – Ufficio Scuola

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Data Partenza** | | Orario |
| RIENTRO | | Orario |
| Luogo di ritrovo  (per la partenza) |  | |
| Destinazione  (per il Comune di Giaveno la destinazione non deve superare i 30 Km) |  | |
| Classe/i |  | |
| N. alunni: |  | di cui n. con problemi di deambulazione |
| N. Accompagnatori: |  | |
| **Totale viaggiatori :** |  | |
| Docente responsabile |  | |

**Si comunica inoltre il non utilizzo del pasto fornito dal comune dalle seguenti classi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Giorno e data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **LUN MART MERC GIOV VEN** | | **Classe/i** |
| **n. alunni** | **n. docenti addetti alla sorveglianza mensa:** | |