**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:** |