**ANEXO IV**

**PRESENTACIÓN DE LA SALIDA EDUCATIVA / SALIDA DE REPRESENTACIÓN INSTITUCIONAL**

**FORMULARIO DE ITINERARIO, ACTIVIDADES, OBJETIVOS Y CRONOGRAMA**

Región 23

Distrito CORONEL SUÁREZ

Institución educativa ISFD y T Nº 48

Domicilio AV URIBURU 1472 Teléfono 02926 431665

Denominación del Proyecto

Lugar a visitar

Fecha de salida Hora Lugar

Fecha de regreso Hora Lugar

Observaciones respecto a las fechas (en caso de corresponder):

Itinerario (detalle pormenorizado del mismo

Actividades :

Objetivos de la salida: Fomentar el conocimiento sobre los primeros auxilios

Cronograma diario

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datos del/los docente/s responsables titulares

Apellido y Nombre Cargo

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datos del/los docente/s reemplazantes

Apellido y Nombre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cargo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cantidad de alumnos

Cantidad de docentes acompañantes \_\_\_\_\_\_\_

Cantidad de no docentes acompañantes \_\_\_\_\_\_\_

Total de personas \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sólo para salidas de más de 24 horas**

Hospedaje \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gastos estimativos de la actividad y modo de solventarlos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lugar y fecha………………………………………………………………………………..

Nombre y Apellido de Autoridad del Establecimiento que completó este formulario:

…………………………………………………………………………………………………..

El presente formulario debe ser completado de forma digital por un integrante del

Equipo Directivo, y enviado al/la Inspector/a en este formato.