



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRENSIVO "MARIA CAPOZZI"

Via Bonifazi, 64 - 00167 Roma - Municipio XIII

Tel.Fax 06/6630905 - Tel. 06/66040749

RMIC8BM00R - Distretto 26 - Ambito 8 - C.F. 97198140580

www.icmariacapozzioroma.edu.it

RMIC8BM00R@istruzione.it - RMIC8BM00R@pec.istruzione.it

Circ.n. 212

Roma, 2 febbraio 2020

Ai Collaboratori del Dirigente Scolastico

Ai Docenti della classe III A della Scuola primaria

Alle Famiglie degli alunni della classe III A della Scuola Primaria

Al D.S.G.A

Oggetto: Laboratorio al Buio - III A scuola primaria

Si informa che il 6 febbraio dalle ore 9.30 alle ore 12.30, avrà luogo il workshop in oggetto presso il Centro Regionale Sant'Alessio, teso a far riflettere i bambini su come la vista, sebbene sia il senso che al giorno d'oggi è più stimolato ed utilizzato, porti ad una conoscenza parziale del mondo, conoscenza che può e deve essere completata dagli altri quattro sensi, e dalla relazione con gli altri. Il workshop al buio punta a far "riscoprire" ai bambini gli altri sensi, in un ambiente in cui la vista non può essere utilizzata. Da qui le attività che verranno svolte al buio:

- un'attività con il tatto (i bambini dovranno riconoscere degli oggetti con il tatto e riprodurli con il pongo)
- un'attività con l'olfatto (i bambini annuseranno spezie ed erbe aromatiche e dovranno indovinare che cosa stanno annusando)
- un'attività con l'udito (il riconoscimento di determinati suoni e rumori)
- un'attività con il gusto: una merenda fatta al buio, in cui i bambini indovineranno cosa stanno mangiando senza vederlo.

Il costo del pullman per il trasporto dei bambini presso la destinazione è di 12 euro, che saranno raccolti e versati dai rappresentanti di classe sul c.c. di questo Istituto, al fine di provvedere al saldo.

In allegato l'autorizzazione.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Manuela Vicuna

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ex art.3,
c.2,D.Lgs n. 39/93

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI

Laboratorio al buio – scuola primaria

Io sottoscritto/a _____, in considerazione degli obiettivi didattico-culturali, presa visione del programma e della modalità di svolgimento dell'iniziativa

☐ **AUTORIZZO**

☐ **NON AUTORIZZO**

la partecipazione di _____ della classe _____ all'iniziativa *Laboratorio al buio*.

Il sottoscritto segnala la seguente allergia/intolleranza del proprio figlio/a _____

La presente autorizzazione è da ritenersi valida anche nel caso di eventuale modifica della data di svolgimento.

Data

Firma dei genitori

NEL CASO DI FIRMA DI UN SOLO GENITORE

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 445/2000, dichiara di avere effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Il genitore unico firmatario: _____