



ANEXOS

ANEXO III

ESCUELAS VIAJERAS

(Impreso de solicitud)

1.- Datos del/la solicitante
(A rellenar una por alumno/a)

Nombre y apellidos

Edad Domicilio

Teléfono Localidad

Territorio Código Postal

Estudios que cursa

Centro en el que cursa sus estudios

Teléfono del Centro

Profesión del padre

Profesión de la madre

¿Ha participado en esta experiencia con anterioridad? SI NO

..... a..... de..... de 2007
(Firma del alumno/a)

2.- Autorización paterna-materna

D/Dña.

Padre/Madre/Tutor/a de

otorga su autorización para que participe en la actividad de Escuelas Viajeras organizada por el Ministerio de Educación y Cultura y el Departamento de Educación del Gobierno Vasco, y manifiesta su conocimiento de que, en el caso de que se produjera algún incidente que aconsejara la interrupción del Programa, pueda regresar a su domicilio antes de la fecha prevista
(Fecha y firma)

Observaciones: Debe indicarse si el alumno/a presenta problemas de tipo físico o psíquico:.....
.....

JEFE-A TERRITORIAL DE RENOVACIÓN PEDAGÓGICA



ANEXO IV (Escuelas Viajeras)

DATOS A CONSIGNAR POR EL/ LA DIRECTOR/A DEL CENTRO
(A rellenar uno por cada grupo de 12 a 15 alumnos/as)

1. Denominación del Centro
2. Territorio y Localidad
3. Número de Teléfono Código Postal
4. e-mail.....
5. Número de alumnos/as que componen el grupo de 12 a 15 solicitantes:

Alumnos

Alumnas

6. Curso al que pertenecen:
7. Nombre y apellidos del profesor/a acompañante
.....
DNI o NRP

Área y curso en el que imparte sus enseñanzas (Indíquese si es tutor/a o profesor/a del grupo).
.....

Rutas en las que desean participar (Indicar 4 en orden de preferencia)

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-

(Localidad, fecha y firma del-la Director/a del Centro)

JEFE/A TERRITORIAL DE RENOVACIÓN PEDAGÓGICA



ANEXO V ESCUELAS VIAJERAS

Se deberá cumplimentar dos veces este Anexo: Un modelo se adjuntará a la solicitud y otro, se entregará al Equipo de Coordinación, en el momento de la incorporación a la ruta

TERRITORIO:

LOCALIDAD:

CENTRO:

DOMICILIO: CÓDIGO POSTAL:

TELÉFONO: FAX: e-mail:

- Ubicación en localidad con población inferior a 5.000 habitantes: SÍ NO
- Acoge minorías étnicas y/o culturales en un porcentaje superior al 5% del total del alumnado matriculado: SÍ NO

NOMBRE DEL DIRECTOR/A:

PROFESOR/A QUE ACOMPAÑA A LOS ALUMNOS Y ALUMNAS:

N.º DE REGISTRO PERSONAL: N.º DNI

EDAD ÁREA:

RUTA QUE VAN A RECORRER:

FECHA:

N.º NIÑOS: N.º NIÑAS:

Priorizar un máximo de 4 rutas: Indicar las rutas por orden de preferencia, así como la distancia en Kms. (ida / vuelta) desde la localidad de origen hasta la cabecera de ruta:

RUTA		DISTANCIA EN KMS. (ida/vuelta, desde la localidad del centro hasta la cabecera de ruta)
1		
2		
3		
4		



APELLIDOS Y NOMBRE DE LOS ALUMNOS/AS SELECCIONADOS/AS	CURSO	EDAD	TELÉFONO
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

* Debe indicarse a continuación, si algún alumno/a presenta problemas de tipo físico o psíquico. En el caso de que alguno de los/as participantes sea minusválido/a, deberá especificarse su grado de discapacidad, debidamente acreditado (informe médico y del Berritzegune) :.....

El/La Director-a del Centro
(Localidad, sello y firma)

JEFE/A TERRITORIAL DE RENOVACIÓN PEDAGÓGICA