

Allegato A **SCHEDA ADESIONE - A.S.2017/18**
“IN FUGA DAL GLUTINE”
(da inviare firmata al n. fax 055 8790627)

DATI ISTITUTO SCOLASTICO

Nome: _____

☐☐ Scuola Primaria oppure Scuola per l'Infanzia

Dell'Istituto comprensivo _____

Via: _____ n° _____

Città: _____ Cap: _____ Prov: _____

Telefono scuola: _____ Fax: _____

Indirizzo e-mail scuola: _____

Dirigente Scolastico _____

PERSONA/E DI RIFERIMENTO DELL'ISTITUTO per il contatto da AIC

Nome e cognome: _____

Recapito telefonico/Cell.: _____

eventuale indirizzo mail: _____

INFORMAZIONI UTILI ALLA PROGETTAZIONE DELL'INTERVENTO

Numero bambini celiaci presenti nelle
classi: _____

Classi interessate al progetto (scrivere quante di 1°,2°,3°, 4°,5°) e quanti
bambini ciascuna:

E' disponibile una LIM: SI..... NO.....

Data, _____

Firma e timbro

Il Dirigente Scolastico