

Allegato A

**SCHEDA ADESIONE - A.S.2024/25**  
**"IN FUGA DAL GLUTINE"**

(inviare con mail a: [consigliere2@celiachia-toscana.it](mailto:consigliere2@celiachia-toscana.it) oppure [segreteria-regionale@celiachia-toscana.it](mailto:segreteria-regionale@celiachia-toscana.it))

**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