

(inviare con mail a: progetti@celiachia-toscana.it oppure 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: _____

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.....

Se necessario è possibile tenere l'incontro con il dietista da remoto SI..... NO.....

Data, _____

Firma e timbro
Il Dirigente Scolastico