**PROGETTO BE-ACTIVE 2019-2020**

**MODULO DI ADESIONE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ISTITUTO:** | | | | | | | |
| **INDIRIZZO:** | | | | | | | |
| **Disponibilità docente di scienze motorie dell’Istituto Comprensivo:** | | | SI | | NO | | |
| **Cognome e nome del docente di scienze motorie disponibile:** | | |  | | | | |
| **Classi partecipanti**: | CL | CL | CL | CL | | CL | CL |
| **Numero alunni per ciascuna classe:** | n° | n° | n° | n° | | n° | n° |
| **N° docenti impegnati** | | | | | | | |
| **Docente referente:** | | | | | | | |
| **RECAPITO TELEFONICO:** | | | | | | | |
| **RECAPITO E-MAIL:** | | | | | | | |

Data

Firma del Dirigente Scolastico