**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