*ALLEGATO N°1*

**MODULO DI ADESIONE PROGETTO IN ACQUA PER CRESCERE 2019/20 *(scadenza 2 marzo 2020)***

|  |  |
| --- | --- |
|  | All'Ufficio Scolastico per l’Ambito Territoriale VII - Verona  Settore per l’Educazione Motoria Fisica e Sportiva  Tel. 045 8086544 / 545  [E](mailto:educazionefisicaverona@gmail.com)-mail: educazionefisica@istruzioneverona.it |

L’ISTITUTO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE** di partecipare al “Progetto In Acqua per Crescere per l’A.S. 2019/20

**INDICA**

In qualità di docente referente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Prof/ssa.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tel. Plesso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ cell.Docente\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il quale parteciperà all'incontro di programmazione presso l'Ufficio Scolastico di Verona in data: **Lunedì 9 marzo 2020 alle ore 16,30**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data |  |  |
|  |  | Firma del Dirigente Scolastico |
|  |  |

**Si allega: scheda sintetica per programmazione attività in piscina**

*ALLEGATO N°2*

**SCHEDA SINTETICA PER ATTIVITA' IN PISCINA   
PROGETTO IN ACQUA PER CRESCERE 2019/20   
*(scadenza 2 marzo 2020)***

|  |  |
| --- | --- |
|  | All'Ufficio Scolastico per l’Ambito Territoriale VII - Verona - Settore per l’Educazione Motoria Fisica e Sportiva Tel. 045 8086544 [E](mailto:educazionefisicaverona@gmail.com)-mail: [educazionefisica@istruzioneverona.it](mailto:educazionefisica@istruzioneverona.it) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ISTITUTO:** |  | | | | | |
| **E-Mail:** |  | | **Tel:** | |  | |
| **Indirizzo\*:** | **\*Specificare nome e l'indirizzo esatto del plesso da cui partono gli alunni (carico/scarico)** | | | | | |
| Si richiede autobus con pedana per alunni in carrozzina: □ Si □ No | | | | | | |
| **Gruppo di n° alunni:** | |  | | **Di cui con D. A.:** | |  |
| **Insegnante referente:** | |  | | **Telefono cellulare:** | |  |
| **Calendario incontri:** | | 1° | | **2°** | | 3° |
| *(inserire max n ° 6 date)* | | 4° | | **5°** | | 6° |
| **Orario:** | | Dalle ore\*: Alle ore\*\* | | | | |
|  | | | | |
|  | | (\**Partenza da scuola \*\*Rientro a scuola)* | | | | |

Data

Firma del Dirigente scolastico:

Firma del docente referente: