*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 SportivaTel. 045 8086544 / 545E-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-mail: 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: