



PROGETTO REMARE A SCUOLA 5.1

ASD affiliata alla FIC: _____

Tecnico/i di riferimento societario/i: _____

Contatti (tecnico/i):

cellulare: _____

e-mail: _____

cellulare: _____

e-mail: _____

Istituto/i:

1. Denominazione _____

Dirigente scolastico _____

Contatti _____

Classi coinvolte _____

Tot. alunni coinvolti _____ di cui con disabilità _____

Note _____

2. Denominazione _____

Dirigente scolastico _____

Contatti _____

Classi coinvolte _____

Tot. alunni coinvolti _____ di cui con disabilità _____

Note _____



Settore scolastico

3. Denominazione _____
Dirigente scolastico _____
Contatti _____
Classi coinvolte _____
Tot. alunni coinvolti _____ di cui con disabilità _____
Note _____

4. Denominazione _____
Dirigente scolastico _____
Contatti _____
Classi coinvolte _____
Tot. alunni coinvolti _____ di cui con disabilità _____
Note _____

Segnalazioni particolari: _____

Timbro e firma della ASD: _____