|  |  |
| --- | --- |
| Trường |  |
| Địa chỉ của trường |  |
| Tên Hiệu trưởng |  |
| Điện thoại liên hệ của Hiệu trưởng |  |
| Email của Hiệu trưởng |  |
| Tên giáo viên được giao trách nhiệm làm Điều phối viên ISA của nhà trường (sử dụng tiếng Anh tốt) |  |
| Chức vụ của Điều phối viên  |  |
| Điện thoại của Điều phối viên  |  |
| Email của Điều phối viên |  |
| Tên của 3 thành viên khác trong Ban điều phối ISA của Trường (1 đại diện lãnh đạo, 1 phụ trách đoàn, 1 giáo viên ICT hoặc giáo viên từ các bộ môn khác nhau)  |  |

Tôi xin xác nhận Trường tham gia Danh hiệu Trường học Hợp tác quốc tế tích cực – Danh hiệu ISA

……………………………………………............. …………………………………………….............

Chữ kí của Hiệu trưởng Chữ kí của Điều phối viên ISA

Ngày: Ngày: