

Scuole Secondarie di grado – Modulo iscrizione alunne/i con disabilità

## Campionati Studenteschi - Manifestazioni Provinciali

# **Istituto Scolastico / Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DIR | Dir21 | HFD | HFC | HS | NV |
| N° Maschi |  |  |  |  |  |  |
| N° Femmine |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Data di  nascita | Categoria  disabilità | SPECIALITA’ / Note \* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* Segnalare la specialità alla quale si iscrive l’alunna/o e le eventuali esigenze individuali e/o differenze rispetto alle previste note tecniche specifiche (ad es: distanza gara, presenza educatore, tecnico/accompagnatore-guida, …. ovvero necessità logistiche o di trasporto …… )

Si dichiara che tutti gli alunni in elenco nella presente pagina sono iscritti e frequentanti, e sono stati sottoposti al controllo sanitario per la pratica di attività sportive NON agonistiche (dalla fase d’istituto alla fase interregionale);

e agonistiche, a norma del D.M. 4/3/93 (fasi nazionali). Le relative certificazioni sono depositate agli atti della scuola.

**Docente referente: ………………………………………….……………….. Cell .………………….…**

Data ……/……./……. Firma del Dirigente Scolastico