

Da inviare esclusivamente via fax al num.: 0432.204.476

**GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE****MODULI ISCRIZIONE 2009 – SECONDO GRADO****MOD. B/I Iscrizione Studenti DISABILI a cura del Dirigente Scolastico****ATLETICA LEGGERA su PISTA**

Regione: \_\_\_\_\_

**RAPPRESENTATIVA REGIONALE**

					DIR	HFD	HFC	NU	NV
N° Maschi									
N° Femmine									
Cognome e Nome	Tempo/Misura Iscrizione gara	Data di nascita	Categoria di disabil.	Sex	100	1000	Lungo	Vortex	

Contrassegnare con una X la gara alla quale iscrivere gli alunni.

**Staffetta 4 x 100 mt**

Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso	Categoria di disabilità

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco nella presente pagina sono iscritti e frequentanti la scuola; si dichiara inoltre che tutti gli alunni in elenco nella presente pagina sono stati sottoposti, e giudicati idonei, a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 4 marzo '93. Le relative certificazioni sono depositate agli atti della scuola.

Docente Accompagnatore Prof. / Prof.ssa .....

Telefono:..... E-mail: .....

Data ...../...../.....

Firma del Dirigente Scolastico

Da inviare esclusivamente via fax al num.: 0432.204.476

<b>GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI    MANIFESTAZIONE NAZIONALE</b>
---

**MODULI ISCRIZIONE 2009 – SECONDO GRADO****MOD. B/I Iscrizione Studenti DISABILI a cura del Dirigente Scolastico****NUOTO**

Regione: \_\_\_\_\_

	DIR	HFD	HFC	NU	NV
N° Maschi					
N° Femmine					

**RAPPRESENTATIVA REGIONALE**

Cognome e Nome	Tempo Iscrizione gara	Data di nascita	Categoria di disabil.	Sesso	50 mt. dorso	50 mt. stile	50 mt. rana

Contrassegnare con una X la gara alla quale iscrivere gli alunni.

**Staffetta 4 x 50 mt. stile libero**

Cognome e Nome	Data di nascita	Sesso	Categoria di disabilità

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco nella presente pagina sono iscritti e frequentanti la scuola; si dichiara inoltre che tutti gli alunni in elenco nella presente pagina sono stati sottoposti, e giudicati idonei, a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 4 marzo '93. Le relative certificazioni sono depositate agli atti della scuola.

Docente Accompagnatore Prof. / Prof.ssa .....

Telefono:..... E-mail: .....

Data ...../...../.....

Firma del Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_