**Mod. B/1**

**M.I.U.R. C.O.N.I.**

**Campionati Studenteschi 2014/2015**

ISCRIZIONE DEI PARTECIPANTI ALLA CORSA CAMPESTRE

SCUOLA / ISTITUTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

LUOGO DELL’EVENTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FASE: distrettuale provinciale regionale interregionale nazionale

CATEGORIA : Cadetti Cadette Allievi Allieve Classi in Gioco

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Cognome | Nome | Data di nascita(gg/mm/aaaa) |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Accompagnatori  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | Cognome | Nome |
| 1 | Prof.ssa | Prof. |  |  |
| 2 | Prof.ssa/Sig,ra | Prof./Sig. |  |  |

Si dichiara che tutti gli atleti in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti al controllo sanitario per la

pratica di attività sportive NON agonistiche a norma del D.M. del 24 /04/2013 e successive modifiche ed integrazioni (dalla fase d’istituto alla fase interregionale) / agonistiche a norma del D.M. del 18 /02/1982 (fasi nazionali).

Si dichiara inoltre che il secondo accompagnatore sig.ra / sig. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 presta servizio in questa scuola tra il personale di ruolo.

DATA: ……………………….

 Timbro e firma del Dirigente Scolastico

***Campionati Studenteschi***

***Scuole Secondarie di II Grado***

Modulo Iscrizione Studenti con disabilità

 ***Corsa Campestre***

Istituto Scolastico ………………………………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DIR | HFD | NU | NV |
| N° Maschi |  |  |  |  |
|  N° Femmine |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Data dinascita | Categoriadi disabil. | Sesso |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |

Si dichiara che tutti gli atleti in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti al controllo sanitario per la pratica di attività sportive NON agonistiche

Docente responsabile: Prof. / Prof.ssa ……………………………………………………………..

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

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

 ………………………………….

***Campionati Studenteschi***

***Scuole Secondarie di I Grado***

Modulo Iscrizione Studenti con disabilità

***Corsa Campestre***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | DIR  | HFD | NU | NV |
| N° Maschi |  |  |  |  |
| N°Femmine |  |  |  |  |

Istituto Scolastico ………………………………………………………………………………….

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Data dinascita | Categoriadi disabil. | Sesso |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |
|  |   |  |  |

Si dichiara che tutti gli atleti in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti al controllo sanitario per la pratica di attività sportive NON agonistiche

Docente responsabile: Prof. / Prof.ssa ……………..…………………………………………..

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

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