**ALUNNI CON DISABILITÀ**

***Campionati Studenteschi a.s. 2017-2018***

***Scuole Secondarie di I Grado***

**Modulo Iscrizione**

***Atletica su Pista***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Scuole 1° e 2° Grado** |  |  |
|  **Categoria** |  |  **Anni di nascita**  |
| Ragazzi / e con Disabilità fisica e sensoriale | HFD – HFC – HS – NV  | 2006 - (2007) |
| Ragazzi / e con Disabilità Intellettiva Relazionale | DIR – C21  | 2006 - (2007) |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **DIR** | **C21** | **HFD** | **HFC** | **NV** | **HS** |
| **N° Maschi** |  |  |  |  |  |  |
| **N° Femmine** |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome e Nome** | **Data di****nascita** | **Categoria****di disabil.** | **Gara :** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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 e giudicati idonei, ai sensi dell’art. 3 D.M. 24.04.2013 e successive modifiche e integrazioni. Le relative certificazioni mediche di tutti gli alunni in elenco sono conservate agli atti dell’Istituto

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

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

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

**Data ……/……./…….**

**Firma del Dirigente Scolastico**