

Da inviare esclusivamente via fax al num.: 0432.204.476

(MODELLO D) - Iscrizione studenti disabili – A CURA DELLE SCUOLE**GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE**

REGIONE _____ PROVINCIA _____ COMUNE _____

SCUOLA/ISTITUTO _____ INDIRIZZO _____

TEL _____ FAX _____ E MAIL _____

DISCIPLINA _____ MAS ☐ FEMM ☐ 2° GRADO

COGNOME	NOME	Data nascita gg/mm/aa	SPECIALITA' e RISULTATO REGION. ottenuto Specialità Risultato		TIPOLOGIA di Disabilità	

LEGENDA: DIR: disabilità intellettiva relazionale; HF: disabilità fisica (specificare se deambulante o carrozzina)
 NV: non vedente/ipovedente; NU: non udente

Accompagnatore

		Cognome	Nome	Cellulare
Prof.ssa	Prof.			

Si dichiara che tutti gli alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti al controllo sanitario per la pratica di attività sportive agonistica a norma del **D.M. 4 marzo '93** (fasi nazionali)

DATA

.....

In fede

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

N.B. i dati richiesti sono ad ESCLUSIVO USO del Comitato Organizzatore AL FINE DI GARANTIRE IL MIGLIOR ESITO DELLA MANIFESTAZIONE Sportiva SCOLASTICA