

**Commissione Organizzatrice Provinciale F. G. d'Italia
GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI 20..../20....
FASE PROVINCIALE DI GINNASTICA M/F e Aerobica**

COMUNE DI _____

S.MEDIA/IST.COMPRENSIVO _____

Squadra Ginnastica Femminile

Cognome e nome	Data di nascita (g.m.a.)

Doc. accompagnatore: _____

Squadra Ginnastica Maschile

Cognome e nome	Data di nascita (g.m.a.)

Doc. accompagnatore: _____

Squadra Ginnastica Aerobica

Cognome e nome	Data di nascita (g.m.a.)

Doc. accompagnatore: _____

Si dichiara che i/le sopraelencati/e alunni/e sono regolarmente iscritti/e e frequentanti la Scuola e sono in possesso del libretto sanitario dello sportivo o del certificato medico di idoneità alla pratica non agonistica di attività sportive e in regola con le norme assicurative vigenti.

DATA

TIMBRO
della Scuola

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
