Istituti di Istruzione Secondaria di 2° Grado

Modulo Iscrizione alunni con disabilità

Manifestazione Provinciale di:CORSA CAMPESTRE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Istituto Scolastico, Comune, Provincia |  | |
| Docente accompagnatore: Prof./Prof.ssa |  | Cell |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Categorie disabilità** | DIR | (C21) | HFD | HS | NV |
| **AF** min 1000 mt. / max 2000 mt. |  |  |  |  |  |
| **AM** max 1000 mt. / max 2000 mt. |  |  |  |  |  |
| **JF** min.1000 mt. / max 2000 mt. |  |  |  |  |  |
| **JM** min.1000 mt. / max 3000 mt. |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Cognome e Nome | Data di  nascita | Categoria  disabilità | Note \* |
| **AF** |  |  |  |  |
| **AF** |  |  |  |  |
| **AM** |  |  |  |  |
| **AM** |  |  |  |  |
| **JF** |  |  |  |  |
| **JF** |  |  |  |  |
| **JM** |  |  |  |  |
| **JM** |  |  |  |  |

\* Segnalare le eventuali esigenze individuali e/o differenze rispetto alle previste note tecniche specifiche (ad es: distanza gara, presenza educatore, tecnico/accompagnatore-guida, …. ovvero necessità logistiche o di trasporto)

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** (dalla fase d’istituto alla fase interregionale);



agonistiche, a norma del D.M. 4/3/93 (fasi nazionali).

Le relative certificazioni sono depositate agli atti della scuola.

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