Istituti di Istruzione Secondaria di \_\_\_\_\_\_ Grado - Modulo Iscrizione alunni con disabilità

Manifestazione Provinciale: *(indicare disciplina sportiva )* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Categorie disabilità** | DIR | (C21) | HFD | HFC | HS | NV |
| n. Maschi |  |  |  |  |  |  |
| n. femmine |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Data di  nascita | Categoria  disabilità | specialità | Note \* |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* Segnalare la specialità alla quale si iscrive l’alunna/o e 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