

Da inviare esclusivamente via e- mail a : roberto.fabriani@coni.it
 Nel caso trattasi di iscrizione di alunni/e disabili inviare anche a : giovanni.locasto@istruzione.it

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE

MOD. B/I Iscrizione a cura delle SCUOLE

ATLETICA LEGGERA

Provincia

Maschile	
Femminile	

2° grado

Squadra:

specialità	Tempo	Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
100 mt						
110/100 hs						
1000 m						
300 m						
Alto						
Lungo						
Peso						
Disco						
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)			Cellulare:			

Individualisti

Specialità	Tempo	Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
100 mt						
110/100 hs						
1000 m						
300 m						
Alto						
Lungo						
Peso						
Disco						
Accompagnatore* (prof. / prof.ssa)			Cellulare:			

Si dichiara che gli alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

*L'ACCOMPAGNATORE PER GLI ATLETI INDIVIDUALISTI E' DESIGNATO DALLA C.O.R.

Data/...../.....

FIRMATO DA

IN QUALITA' di

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE

MOD. B/I Iscrizione a cura delle SCUOLE

GINNASTICA

Maschile	
----------	--

2° grado

Provincia

Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)				Cellulare:

GINNASTICA

Femminile	
-----------	--

2° grado

Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)				Cellulare:

GINNASTICA AEROBICA

Femminile/Maschile	
--------------------	--

2° grado

Sesso	Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)					Cellulare:

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

Data /..../.....

FIRMATO DA

IN QUALITA' di

Da inviare esclusivamente via e- mail a : roberto.fabriani@coni.it
 Nel caso trattasi di iscrizione di alunni/e disabili inviare anche a : giovanni.locasto@istruzione.it

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE

MOD. B/I **Iscrizione a cura delle SCUOLE**

NUOTO SQUADRE

Maschile

2° grado

Provincia

squadra:

specialità	Tempo	Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
50-Farfal						
50-Dorso						
50-Rana						
50-Stile						
Frazion. 6x50						
Frazion. 6x50						
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)			Cellulare:			

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

NUOTO SQUADRE

Femminile

2° grado

Provincia

squadra:

specialità	Tempo	Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
50-Farfal						
50-Dorso						
50-Rana						
50-Stile						
Frazion. 6x50						
Frazion. 6x50						
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)			Cellulare:			

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

Data /...../.....

FIRMATO DA

IN QUALITA' di

Da inviare esclusivamente via e- mail a : roberto.fabriani@coni.it
Nel caso trattasi di iscrizione di alunni/e disabili inviare anche a : giovanni.locasto@istruzione.it

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE

MOD. B/I Iscrizione a cura delle SCUOLE

NUOTO INDIVIDUALISTI

Maschile

2° grado

Provincia

Individualisti

Specialità	Tempo	Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
50-Farfal						
50-Dorso						
50-Rana						
50-Stile						
Accompagnatore* (prof. / prof.ssa)			Cellulare:			

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

*L'ACCOMPAGNATORE PER GLI ATLETI INDIVIDUALISTI E' DESIGNATO DALLA C.O.R.

NUOTO INDIVIDUALISTI

Femminile

2° grado

Provincia

Individualisti

Specialità	Tempo	Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
50-Farfal						
50-Dorso						
50-Rana						
50-Stile						
Accompagnatore* (prof. / prof.ssa)			Cellulare:			

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

*L'ACCOMPAGNATORE PER GLI ATLETI INDIVIDUALISTI E' DESIGNATO DALLA C.O.R.

FIRMATO DA

IN QUALITA' di

Da inviare esclusivamente via e- mail a : roberto.fabriani@coni.it

Nel caso trattasi di iscrizione di alunni/e disabili inviare anche a : giovanni.locasto@istruzione.it

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE

MOD. B/I Iscrizione a cura delle SCUOLE

ORIENTAMENTO

Provincia.....

Maschile	
Femminile	

2° grado

squadra:

Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)				Cellulare:

individualista

--	--	--	--	--

FIRMATO DA

IN QUALITA' di

Da inviare esclusivamente via e- mail a : roberto.fabriani@coni.it

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE

MOD. B/I Iscrizione a cura delle SCUOLE

BADMINTON

Maschile	
Femminile	

2° grado

Provincia

squadra:

Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)				Cellulare:

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco nella presente scheda sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

Data/...../.....

FIRMATO DA

IN QUALITA' di

Da inviare esclusivamente via e- mail a : roberto.fabriani@coni.it

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE

MOD. B/I Iscrizione a cura delle SCUOLE

TENNIS TAVOLO

Maschile	
Femminile	

2° grado

Provincia

squadra:

Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)				Cellulare:

FIRMATO DA

IN QUALITA' di

ISCRIZIONI SPORT DI SQUADRA**Mod B/I****PALLAMANO***(compilazione a cura del Dirigente Scolastico)*

M.I.U.R.

C.O.N.I.

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI

*POSIZIONE / ISCRIZIONE DEI PARTECIPANTI ALL'INCONTRO***REGIONE** _____ **PROVINCIA** _____ **COMUNE** _____**SCUOLA / ISTITUTO** _____ **INDIRIZZO** _____**TEL.** _____ **FAX** _____ **E-MAIL** _____**FASE NAZIONALE**

MAS.

☐

FEM.

☐

2° grado

☐

Cognome		Nome	Data di nascita (gg/mm/aa)		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					

Accompagnatori (vedi punto 7 Circ. n° 3118/A4 del 28.07.'03)			Cognome e nome	Cellulare
1	Prof.ssa	Prof.		
2	Prof.ssa/Sig.ra	Prof./Sig.		

Si dichiara che tutti gli atleti in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti al controllo sanitario per la pratica di attività sportive agonistiche a norma del D.M. del 18 /02/1982 (fasi nazionali)

N.B. La voce seguente è da compilare nel caso in cui **il secondo accompagnatore** sia stato individuato tra il Personale non docente.

Si dichiara inoltre che il secondo accompagnatore Sig.ra /Sig. : _____
presta servizio in questa scuola fra il personale di ruolo.

DATA:

FIRMATO DA

IN QUALITA' di

ISCRIZIONI SPORT DI SQUADRA**Mod B/I****PALLAVOLO***(compilazione a cura del Dirigente Scolastico)*

M.I.U.R.

C.O.N.I.

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI

POSIZIONE / ISCRIZIONE DEI PARTECIPANTI ALL'INCONTRO

REGIONE _____ PROVINCIA _____ COMUNE _____

SCUOLA / ISTITUTO _____ INDIRIZZO _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

FASE NAZIONALE

MAS.

☐

FEM.

☐

2° grado

☐

Cognome		Nome	Data di nascita (gg/mm/aa)		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Accompagnatori (vedi punto 7 Circ. n° 3118/A4 del 28.07.'03)			Cognome e nome	Cellulare
1	Prof.ssa	Prof.		
2	Prof.ssa/Sig.ra	Prof./Sig.		

Si dichiara che tutti gli atleti in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti al controllo sanitario per la pratica di attività sportive agonistiche a norma del D.M. del 18 /02/1982 (fasi nazionali)

N.B. La voce seguente è da compilare nel caso in cui **il secondo accompagnatore** sia stato individuato tra il Personale non docente.

Si dichiara inoltre che il secondo accompagnatore Sig.ra /Sig. : _____
presta servizio in questa scuola fra il personale di ruolo.

DATA:

FIRMATO DA

IN QUALITA' di

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI

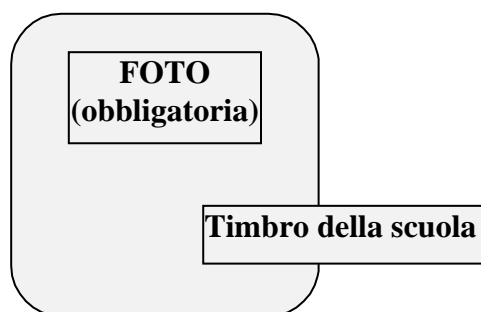
MODELLO DI CERTIFICAZIONE PER ALUNNI SPROVVISTI DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE

Il sottoscritto dirigente scolastico

della scuola

dichiara, sulla base della certificazione depositata nella segreteria di questa scuola, che l'alunno ritratto nella foto di seguito allegata corrisponde a :

nato /a il



Data ____/____/____

Firma del dirigente scolastico

NOTE:

- A) la presente certificazione è valida solo per le manifestazioni legate ai Giochi Sportivi Studenteschi.
- B) la presente certificazione non è valida se priva di foto e timbro della scuola.
- C) la presente certificazione può essere rilasciata solo ad alunni iscritti e frequentanti la scuola che emette la certificazione stessa.