	SERVIZIO INFANZIA ISTRUZIONE I GRADO Coordinamento Attività Sportive	GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI E AVVIAMENTO ALLA PRATICA SPORTIVA	2014/2015
	edufisica@provincia.tn.it		

MODELLO DI CERTIFICAZIONE "B/1"

da esibire in triplice copia

ISTITUTO _____ **INDIRIZZO** _____

PROVINCIA _____ **COMUNE** _____

tel _____ fax _____ e-mail _____ @ _____

LOCALITÀ dell'EVENTO **Trento** _____ **DATA** _____

FASE: distrettuale ☐ **provinciale** ☒ **regionale** ☐ **interregionale** ☐ **nazionale** ☐

DISCIPLINA **Atletica leggera** **R/i**☐ **R/e**☐ **C/i**☐ **C/e**☐ **GSS 1° grado**☐ **A/i**☐ **A/e**☐ **GSS 2° grado**☐

	Cognome	Nome	Data di nascita (gg/mm/aaaa)		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

Accompagnatori:

			Cognome	Nome
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 **NON AGONISTICHE** a norma del Decreto del Ministero della Salute 8 agosto 2014

La voce seguente è da compilare solo nel caso in cui il secondo accompagnatore, SE PREVISTO, sia stato individuato tra il personale NON docente.

*Si dichiara inoltre che il secondo accompagnatore sig.ra/sig.*_____ *presta servizio in questa scuola tra il personale di ruolo.*

DATA: …….

…….

In fede
Timbro e firma
del Dirigente Scolastico