



Provincia Autonoma di Trento
 Servizio infanzia e istruzione del primo grado
 Ufficio istruzione del primo ciclo
 Coordinamento attività sportive



MODELLO DI CERTIFICAZIONE "B/1"

ISTITUTO _____ INDIRIZZO _____

PROVINCIA _____ COMUNE _____

tel _____ fax _____ e-mail _____ @ _____

LOCALITÀ dell'EVENTO TRENTO DATA 1 marzo 2016

FASE: distrettuale provinciale regionale interregionale

DISCIPLINA **TENNISTAVOLO** JUNIORES MISTA GSS 2° grado

	Cognome	Nome	Data di nascita (gg/mm/aaaa)	
1				
2				
3				
4				

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 **la classe** _____ e sono stati sottoposti al controllo sanitario per la pratica di attività sportive **NON AGONISTICHE**
Legge n. 125 del 30 ottobre 2013 – decreto ministro della salute 8 agosto 2014

L'Istituto **ha acquisito** **non ha acquisito** le autorizzazioni per l'utilizzo istituzionale del materiale foto/video di gara.

DATA:

.....
 In fede
 Timbro e firma
 del Dirigente Scolastico