

	<b>SERVIZIO INFANZIA E ISTRUZIONE DEL I GRADO</b> Coordinamento Attività Sportive	 <b>GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI</b> E AVVIAMENTO ALLA PRATICA SPORTIVA		<b>2014/2015</b>
	<a href="mailto:edufisica@provincia.tn.it">edufisica@provincia.tn.it</a>			

**MODELLO DI CERTIFICAZIONE "B/1"**

da esibire in triplice copia

ISTITUTO \_\_\_\_\_ INDIRIZZO \_\_\_\_\_

PROVINCIA \_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

LOCALITÀ dell'EVENTO TRENTO DATA 27 marzo 2015

FASE: distrettuale  provinciale  regionale  interregionale

DISCIPLINA SCACCHI Allievi  Allieve  GSS 2° grado

	Cognome	Nome	Data di nascita (gg/mm/aaaa)		
1					
2					
3					
4					
5					
6					

**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