

MODELLO DI CERTIFICAZIONE "B/1"

da esibire in triplice copia

ISTITUTO _____ INDIRIZZO _____

PROVINCIA _____ COMUNE _____

tel _____ fax _____ e-mail _____ @ _____

LOCALITÀ dell'EVENTO PREDAZZO DATA 8 maggio 2015

FASE: distrettuale provinciale regionale interregionale

DISCIPLINA TRIATHLON **Cadette** **Cadetti** **GSS 1° grado**

	Cognome	Nome	Data di nascita (gg/mm/aaaa)		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					

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