**M. I . U. R. P.C.M. C.I.P. F.I.S.O. C.O.N.I.**

MODELLO B/I - ISCRIZIONI FINALI NAZIONALI II CICLO

 (Iscrizione a cura del Dirigente Scolastico)

TRAIL-O - 2° grado

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI a.s. 2012/13

*POSIZIONE / ISCRIZIONE DEI PARTECIPANTI*

**Da inviare via mail a tutti i seguenti indirizzi indicando in oggetto:** Trail\_O iscrizioni – Ovindoli (AQ) 2013

prof. A. Passacantando USR Abruzzo - antonio.passacantando@istruzione.it
prof. Vincenzo Di Cecco - verdetre.asd@gmail.com

Segreteria F.I.S.O. - segreteria@fiso.it

**REGIONE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ COMUNE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**SCUOLA / ISTITUTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ INDIRIZZO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-MAIL\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Componenti della Rappresentativa scolastica:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N** | **Categoria OPEN -Cognome** | **Nome** | **m/f** | **Data nascita** |  |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **N** | **Cat. Paralimpici -Cognome** | **Nome** | **m/f** | **Data nascita** | **Tipo disabilità** (1) |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

**Accompagnatori Rappresentativa scolastica:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N** |  | **Cognome e nome** | **n. cellulare** |
| **1** | Prof.ssa/Prof |  |  |
| **2** | Prof.ssa/Prof |  |  |
| **3** | Prof.ssa/Prof |  |  |
| **4** | Prof.ssa/Prof |  |  |

**Iscrizione atleti individualisti:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N** | **Cognome** | **Nome** | **m/f** | **Data nascita** | **Tipo disabilità** (1) |
| **Individualecat. open** |  |  |  |  |  |
| **Individualeparalimpici** |  |  |  |  |  |

**Accompagnatore individuale cat. Paralimpici:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **N** |  | **Cognome e nome** | **n. cellulare** |
| **1** | Prof.ssa/Prof |  |  |

L’atleta individualista della categoria Open è aggregato a cura della C.O.R. alla squadra partecipante della stessa regione e disciplina.

L’atleta individualista della categoria Paralimpici e il Docente accompagnatore sono aggregati a cura della C.O.R. alla squadra partecipante della stessa regione e disciplina.

La C.O.R. avrà cura di darne opportuna comunicazione alle istituzioni scolastiche interessate

Si dichiara che tutti alunni in elenco nella presente pagina sono iscritti e frequentanti la scuola; si dichiara inoltre che gli stessi alunni sono stati sottoposti, e giudicati idonei, a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82 e D.M. 4/03/1993 (cat Paralimpici - alunni con disabilità). Le relative certificazioni sono depositate agli atti della scuola.

DATA: ………………………. IL DIRIGENTE SCOLASTICO …………………………………………..…..

1. LEGENDA TIPO DISABILITA’: DIR - disabilità intellettiva relazionale. HF - disabilità fisica (specificare se deambulante o carrozzina. NV - ipovedente. NU - non udente

**N.B. i dati richiesti sono ad ESCLUSIVO USO del Comitato Organizzatore AL FINE DI GARANTIRE IL MIGLIOR ESITO DELLA**

 **MANIFESTAZIONE Sportiva SCOLASTICA**