

# GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI    MANIFESTAZIONE NAZIONALE

## MODULI ISCRIZIONE 2009 – PRIMO GRADO

### MODELLO B/I Iscrizione a cura delle SCUOLE

#### ATLETICA LEGGERA

**Regione** .....

**Maschile**

**1° grado**

**Femminile**

**Squadra:**

specialità	Tempo	Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
80 mt						
80 hs						
1000 m						
Alto						
Lungo						
Peso						
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)			Cellulare:			

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

**Individualisti \*\*** (vincitori di specialità non appartenenti alla squadra già qualificata.)

Specialità	Tempo	Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
80 mt						
80 hs						
1000 m						
Alto						
Lungo						
Peso						

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

**\*\* L'ACCOMPAGNATORE/TRICE PER GLI ATLETI INDIVIDUALISTI E' DESIGNATO DALLA  
COMMISSIONE ORGANIZZATRICE REGIONALE (C.O.R.)  
CHE AVRA' CURA DI DARNE OPPORTUNA COMUNICAZIONE ALLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE  
INTERESSATE**

Data ...../...../.....

FIRMATO DA .....

IN QUALITA' di .....

**Da inviare esclusivamente via fax al num: 0746.271.773**

# GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI    MANIFESTAZIONE NAZIONALE

## MODULI ISCRIZIONE 2009 – PRIMO GRADO

### MODELLO B/I Iscrizione a cura delle SCUOLE

#### NUOTO SQUADRE

**Regione .....**

<b>Maschile</b>	
<b>Femminile</b>	

<b>1° grado</b>
-----------------

**squadra:**

specialità	Tempo	Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)	scuola / provincia / comune
50-Farfal				
50-Dorso				
50-Rana				
50-Stile				
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)			Cellulare:	

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

# GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI    MANIFESTAZIONE NAZIONALE

#### NUOTO INDIVIDUALISTI

**Regione .....**

<b>Maschile</b>	
<b>Femminile</b>	

<b>1° grado</b>
-----------------

**Individualisti\*\*** (vincitori di specialità non appartenenti alla squadra già qualificata.)

Specialità	Tempo	Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)	scuola / provincia / comune
50-Farfal				
50-Dorso				
50-Rana				
50-Stile				
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)			Cellulare:	

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

**\*\* L'ACCOMPAGNATORE/TRICE PER GLI ATLETI INDIVIDUALISTI E' DESIGNATO DALLA  
COMMISSIONE ORGANIZZATRICE REGIONALE (C.O.R.)  
CHE AVRA' CURA DI DARNE OPPORTUNA COMUNICAZIONE ALLE ISTITUZIONI SCOLASTICHE  
INTERESSATE**

FIRMATO DA .....

IN QUALITA' di .....

**Da inviare esclusivamente via fax al num: 0773.460.367**



## MODULO B\_IH

### ISCRIZIONE studenti disabili – A CURA DELLE SCUOLE

## Giochi Sportivi Studenteschi

## LAZIO 2009 -- PRIMO GRADO

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

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

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_ E MAIL \_\_\_\_\_

DISCIPLINA \_\_\_\_\_ MAS ☐ FEMM ☐ 1° GRADO ☐

COGNOME	NOME	Data nascita gg/mm/aa	<b>SPECIALITA' e RISULTATO REGION. ottenuto</b>		<b>TIPOLOGIA di Disabilità</b>	
			Specialità	Risultato		

**INDICARE ALLA VOCE TIPOLOGIA:** **DIR:** disabilità intellettiva relazionale; **HFC:** disabile fisico in carrozzina; **HFD** disabile fisico deambulante **NV:** non vedente/ipovedente; **NU:** non udente

### Accompagnatore /Accompagnatrice

		Cognome	Nome	Cellulare
Prof.ssa	Prof.			

Si dichiara che tutti gli alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti al controllo sanitario per la pratica di attività sportive agonistica a norma del **D.M. 4 marzo '93** (fasi nazionali)

DATA .....

In fede

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

N.B.: I DATI RICHIESTI SONO AD ESCLUSIVO USO DEL COMITATO ORGANIZZATORE AL FINE DI GARANTIRE IL MIGLIOR ESITO DELLA MANIFESTAZIONE, NEL RISPETTO DELLE NORMATIVA VIGENTE IN MATERIA DI RISERVATEZZA DEI DATI FORNITI.

**INVIARE VIA FAX .: ISCRIZIONI ATLETICA 0746.271.773**

**ISCRIZIONI NUOTO 0773.460.367**

# GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI    MANIFESTAZIONE NAZIONALE

## MODULI ISCRIZIONE 2009 – PRIMO GRADO

### MODELLO B/I Iscrizione a cura delle SCUOLE

#### GINNASTICA

**Regione** .....

**1° grado**

Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)	sesso	scuola / provincia / comune
		MAS	
		MAS	
		MAS	
		MAS	
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)			Cellulare:

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)	sesso	scuola / provincia / comune
		FEM	
		FEM	
		FEM	
		FEM	
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)			Cellulare:

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

Data ...../...../.....

FIRMATO DA .....

IN QUALITA' di .....

**Da inviare esclusivamente via fax al num: 0773.460.367**

<b>GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI    MANIFESTAZIONE NAZIONALE</b>
---

**MODULI ISCRIZIONE – PRIMO GRADO**

**MODELLO B/I    Iscrizione a cura delle SCUOLE**

**GINNASTICA AEROBICA**

**Regione .....**

<b>MISTA</b> <small>(INDICARE SESSO PARTECIPANTI)</small>
--

<b>1° grado</b>
-----------------

Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			sex	scuola / provincia / comune
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)					Cellulare:

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

Data ...../...../.....

FIRMATO DA .....

IN QUALITA' di .....

**Da inviare esclusivamente via fax al num: 0773.460.367**

# GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE

## MODULI ISCRIZIONE – PRIMO GRADO

### MODELLO B/I Iscrizione a cura delle SCUOLE

#### TENNIS

Regione .....

Maschile

1° grado

Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)				Cellulare:

#### INDIVIDUALISTA

--	--	--	--

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

#### TENNIS

Femminile

1° grado

Cognome e nome	Data di nascita (gg/mm/aa)			scuola / provincia / comune
Accompagnatore (prof. / prof.ssa)				Cellulare:

#### INDIVIDUALISTA

--	--	--	--

Si dichiara che gli tutti alunni in elenco sono iscritti e frequentanti e sono stati sottoposti a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82

Data ...../...../.....

FIRMATO DA .....

IN QUALITA' di .....

Da inviare esclusivamente via fax al num: 06.7739.2348 //06.7739.2320

# GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE

## ISCRIZIONI SPORT DI SQUADRA 2009 PRIMO GRADO

Modello B/I

### CALCIO A 5

*(compilazione a cura del Dirigente Scolastico)*

POSIZIONE / ISCRIZIONE DEI PARTECIPANTI ALL'INCONTRO

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

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

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

#### FASE NAZIONALE

MAS.

☐

FEM.

☐

1° grado

☐

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

Accompagnatore			Cognome e nome	Cellulare
1	Prof.ssa	Prof.		

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 agonistiche a norma del D.M. del 18 /02/1982 (fasi nazionali)

DATA: .....

FIRMATO DA .....

IN QUALITA' di .....

Da inviare esclusivamente via fax al num: 0775.838.090

# GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE

## ISCRIZIONI SPORT DI SQUADRA 2009 PRIMO GRADO

Modello B/I (compilazione a cura del Dirigente Scolastico)

### PALLAVOLO

POSIZIONE / ISCRIZIONE DEI PARTECIPANTI ALL'INCONTRO

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

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

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

#### FASE NAZIONALE

MAS.

☐

FEM.

☐

1° grado

☐

Cognome		Nome	Data di nascita (gg/mm/aa)		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

Accompagnatori (vedi punto 7 Circ. n° 3118/A4 del 28.07.'03)			Cognome e nome	Cellulare
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 agonistiche a norma del D.M. del 18 /02/1982 (fasi nazionali)

**N.B.** La voce seguente è da compilare nel caso in cui il **secondo accompagnatore** sia stato individuato tra il Personale non docente.

Si dichiara inoltre che il secondo accompagnatore Sig.ra /Sig. : \_\_\_\_\_  
presta servizio in questa scuola fra il personale di ruolo.

DATA: .....

FIRMATO DA .....

IN QUALITA' di .....

Da inviare esclusivamente via fax al num: 0775.838.090

# GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI MANIFESTAZIONE NAZIONALE

## ISCRIZIONI SPORT DI SQUADRA 2009 PRIMO GRADO

Modello B/I (compilazione a cura del Dirigente Scolastico)

### PALLATAMBURELLO

POSIZIONE / ISCRIZIONE DEI PARTECIPANTI ALL'INCONTRO

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

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

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

#### FASE NAZIONALE

MAS.

☐

FEM.

☐

1° grado

☐

	Cognome	Nome	Data di nascita (gg/mm/aa)		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

Accompagnatori (vedi punto 7 Circ. n° 3118/A4 del 28.07.'03)			Cognome e nome	Cellulare
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 agonistiche a norma del D.M. del 18 /02/1982 (fasi nazionali)

**N.B.** La voce seguente è da compilare nel caso in cui il **secondo accompagnatore** sia stato individuato tra il Personale non docente.

Si dichiara inoltre che il secondo accompagnatore Sig.ra /Sig. : \_\_\_\_\_  
presta servizio in questa scuola fra il personale di ruolo.

DATA: .....

FIRMATO DA .....

IN QUALITA' di .....

Da inviare esclusivamente via fax al num. 0775.838.090



*Ministero della Pubblica  
Istruzione*

Dipartimento per l'Istruzione  
Direzione Generale per lo Studente,  
l'Integrazione, la Partecipazione e la  
Comunicazione

**GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI**

**MODELLO DI CERTIFICAZIONE  
PER ALUNNI SPROVVISTI DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE**

**Il sottoscritto Dirigente Scolastico:**

\_\_\_\_\_

**della scuola:**

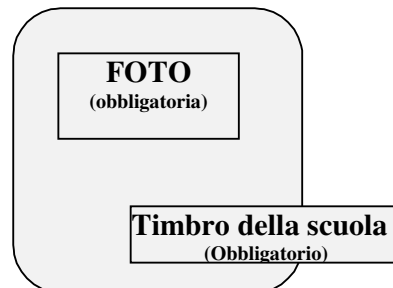
\_\_\_\_\_

dichiara, sulla base della certificazione depositata presso la segreteria di questa scuola, che l'alunno ritratto nella foto di seguito allegata corrisponde a :

\_\_\_\_\_

**nato /a il:**

\_\_\_\_\_



**Data** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Firma del dirigente scolastico**

\_\_\_\_\_

**NOTE:**

**La presente certificazione è valida solo ai fini del riconoscimento per le manifestazioni sportive dei Giochi Sportivi Studenteschi.**

**A) la presente certificazione non è valida se priva di foto e timbro della scuola.**

**B) la presente certificazione può essere rilasciata solo ad alunni iscritti e frequentanti la scuola che emette la certificazione stessa.**