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

**Da inviare via mail a tutti e tre i seguenti indirizzi:**

**Referente organizzativo M.I.U.R.**

**Prof. Antonello Passacantando:**  **antonio.passacantando@istruzione.it**

**Referente Organizzativo F.I.S.O.**

**Prof. Vincenzo Di Cecco :** **verde3.asd@gmail.com**

**Segreteria Nazionale F.I.S.O.**

tel. +39 0461231380;**segreteria@fiso.it**

MODELLO B/I - ISCRIZIONI FINALI NAZIONALI I° CICLO

 (Iscrizione a cura del Dirigente Scolastico)

CORSA ORIENTAMENTO

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI a.s. 2012/13

OVINDOLI (AQ) 7 – 10 GIUGNO 2013

*POSIZIONE / ISCRIZIONE DEI PARTECIPANTI*

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

**SCUOLA / ISTITUTO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_INDIRIZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**SQUADRA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **M / F** | **Data di nascita****(gg/mm/aa)** |
|  1 |  |  |  |  |  |  |
|  2 |  |  |  |  |  |  |
|  3 |  |  |  |  |  |  |

**INDIVIDUALE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cognome** | **Nome** | **M / F** | **Data di nascita****(gg/mm/aa)** |
|  1 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Accompagnatore  | Cognome e nome  | Cellulare |
| 1 | Prof.ssa | Prof. |  |  |

L’atleta individualista è aggregato 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 gli alunni in elenco nella presente pagina sono iscritti e frequentanti la scuola per l’anno scolastico 2012/2013 e che sono stati sottoposti, e giudicati idonei, a visita medica agonistica ai sensi del D.M. 18.02.82. Gli alunni con disabilità iscritti dovranno essere in possesso dell’idoneità medica specialistica rilasciata ai sensi del D.M. 4/03/1993. Le relative certificazioni sono depositate agli atti della scuola.

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

 …… ………………………………..