Istituti di Istruzione Secondaria di \_\_\_\_\_\_ Grado - Modulo Iscrizione alunni disabili

Manifestazione Provinciale/Regionale di: *(indicare disciplina sportiva e specialità ev.)* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Istituto Scolastico, Comune, Provincia |  | |
| Docente accompagnatore: Prof./Prof.sa |  | Cell |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Cognome e Nome | Data Nascita gg/mm/aaaa | Tipologia disabilità (**1**)  **SQUADRA** | Categoria  disabilità (2)  **INDIVIDUALISTI**  **HF / NV-B1** | SPECIALITA’ / Note (3) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. indicare la tipologia di disabilità – DIR, DIR21, HS, NV – iscrizione componente della squadra
2. indicare la categoria di disabilità – HF, NV(B1)
3. segnalare la specialità alla quale si iscrive l’alunna/o e le eventuali accorgimenti tecnici adattati (esigenze individuali e/o differenze rispetto alle previste note tecniche specifiche - ad es: distanza gara, presenza educatore, tecnico/accompagnatore-guida, …. ovvero necessità logistiche o di trasporto …… )

Si dichiara che tutti gli alunni in elenco nella presente pagina sono iscritti e frequentanti, e sono stati sottoposti al controllo sanitario per la pratica di attività sportive:

**NON agonistiche** (dalla fase d’istituto alla fase interregionale);

agonistiche, a norma del D.M. 4/3/93 (fasi nazionali).

Le relative certificazioni sono depositate agli atti della scuola.

Data ……/……./……. *timbro* Firma del Dirigente Scolastico