

Giochi Sportivi Studenteschi 2007/2008

POSIZIONE / ISCRIZIONE DEI PARTECIPANTI ALL'INCONTRO

REGIONE CAMPANIA PROVINCIA SALERNO COMUNE _____

SCUOLA / ISTITUTO _____ INDIRIZZO _____

TEL. _____ FAX _____ E-MAIL _____

LUOGO DELL'EVENTO _____ DATA _____

FASE: comunale distrettuale provinciale regionale interregionale nazionale

DISCIPLINA SPORTIVA _____ MAS. FEM. 1° Grado 2° Grado

	Cognome	Nome	Data di nascita (gg/m/a)		
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

Accompagnatori (vedi punto 6 C.M. prot. n. 5049/A5 del 23.10.2007)

	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 (vedi punto 13 C.M. prot. n.5049/A5 del 23.10.2007) per la pratica di attività sportive :

- non agonistiche a norma del D.M. del 28 /02/1983 e del D.P.R. 272/00 allegato H (fase d'istituto-distrettuali e provinciali),
- fasi / agonistiche a norma del D.M. del 18 /02/1982 e nota 259/A4 del 20/01/03 (fasi regionali e nazionali).

Si dichiara, inoltre, che a seguito del D.L. 1 Ottobre 2007 n. 159 Soppressione della Cassa di previdenza per l'assicurazione degli sportivi (SOPRTAS) pubblicato sulla G.U. del 2/10/2007 , gli sudenti ed i docenti partecipanti alle diverse fasi dei G.S.S. sono stati coperti da polizza assicurativa per i rischi connessi allo svolgimento di tali attività. Tale seconda polizza assicurativa offre copertura ulteriore rispetto a quella garantita dall'INAIL ai sensi dell'art. 1 del D.P.R. 10 ottobre 1996 n. 567, modificato dal D.P.R. 9 aprile 1999 n. 156 (vedi punto 13 C.M. prot. 5049/A5 del 23.10.2007).

N. B.: La voce seguente è da compilare nel solo caso d' impossibilità in cui l'accompagnatore, o gli accompagnatori docenti di Ed. Fisica, si trovino in condizione di non poter accettare l'incarico e che sia individuato, quale accompagnatore un docente di altra materia cultore dello sport.

Si dichiara, inoltre, che l' accompagnatore prof. / prof.ssa _____ presta servizio in questa scuola tra il personale di ruolo.

DATA:

.....

In fede
Timbro e firma
del Dirigente Scolastico



MODELLO DI CERTIFICAZIONE

PER ALUNNI SPROVVISTI DI DOCUMENTO DI IDENTITÀ PERSONALE

Il sottoscritto dirigente scolastico _____

della scuola _____

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

nato il _____



Data ____/____/____

Firma del dirigente scolastico

NOTE:

- la presente certificazione è valida solo per le manifestazioni legate ai Giochi Sportivi Studenteschi.
- la presente certificazione **non è valida** se priva di foto e timbro della scuola.
- la presente certificazione può essere rilasciata solo ad alunni, iscritti e frequentanti la scuola che emette la certificazione stessa.