

NOME SCUOLA	
NOME DIRIGENTE SCOLASTICO	

ISCRIZIONI MASCHILI			
COGNOME	NOME	DATA	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
ISCRIZIONI FEMMINILI			
COGNOME	NOME	DATA	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
ISCRIZIONI MASCHILI con DISABILITA'			CODICE DISABILITA'
COGNOME	NOME	DATA	
1			
2			
3			
4			
5			
6			
ISCRIZIONI FEMMINILI con DISABILITA'			CODICE DISABILITA'
COGNOME	NOME	DATA	
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Si dichiara che tutti i ragazzi sono in regola con la certificazione medica richiesta

FIRMA DIRIGENTE SCOLASTICO (solo sul cartaceo da consegnare)
--

NOME COGNOME DOCENTE

CELLULARE DOCENTE