**CAMPIONATI STUDENTESCHI a.s. 2018/19**

**ISCRIZIONI FASE PROVINCIALE ULTIMATE FRISBEE I GRADO**

**(Iscrizione a cura del Dirigente Scolastico)**

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

**INDIRIZZO \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**TEL. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

1…………………………………………………………………………………………………..

2…………………………………………………………………………………………………..

3…………………………………………………………………………………………………..

4……………………………………………………………………………………………………

5……………………………………………………………………………………………………

6……………………………………………………………………………………………………

7…………………………………………………………………………………………………..

8…………………………………………………………………………………………………..

9…………………………………………………………………………………………………..

10…………………………………………………………………………………………………

**Accompagnatori: Cognome e nome / Cellulare e mail**

1 Prof.ssa/ Prof.………………………………………………………………………………………………………………..

2 Prof.ssa/Prof.…………………………………………………………………………………………………………………

Si dichiara che tutti alunni in elenco nella presente pagina sono iscritti e frequentanti la scuola; si dichiara inoltre che tutti gli alunni in elenco nella presente pagina sono stati sottoposti, e giudicati idonei, a visita medica agonistica. Le relative certificazioni sono depositate agli atti della scuola.

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

**Da inviare via mail a entrambi i seguenti indirizzi:**

via e-mail [**segreteriagss.mi@gmail.com**](mailto:SEGRETERIAGSS.MI@GMAIL.COM) e [**info@ultimatemilano.com**](mailto:info@ultimatemilano.com)