|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | MODELLO  SOSTITUZIONE  **CATEGORIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |

#### *LA SCUOLA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con sede a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Tel.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_E-MAIL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**chiede di effettuare le seguenti sostituzioni**:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ATLETA SOSTITUITO** | **ATLETA CHE GAREGGERA’** | **Data di Nascita** | **Categoria** | **disciplina** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Si dichiara che gli alunni partecipanti alle gare hanno consegnato alla scuola il **certificato medico per la pratica pratica sportiva non agonistica.**

DATA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DOCENTE ACCOMPAGNATORE IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_