



Ministero dell'Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per la Sardegna Ufficio V. - Ambito territoriale per la Provincia di Cagliari

www.liceoeuclidecagliari.edu.it
caps13000v@pec.istruzione.it
caps13000v@istruzione.it



Via Ligas sn. 09121 Cagliari
C.F. 92139400920
Tel.070-542853

Al Dirigente Scolastico
Del Liceo Classico/Scientifico Euclide (CA)

RICHIESTA PARTECIPAZIONE SPERIMENTAZIONE STUDENTE ATLETA A.S. 202__/2__

Il/La sottoscritto/a _____ e _____

Genitori dell'alunno/a _____ Iscritto/a per l'A.S. 202__/2__ alla classe _____ Sezione _____

CHIEDE/ONO

Che il proprio figlio/a possa partecipare al progetto "Studente Atleta di Livello", promosso dal MIUR e realizzato in collaborazione con il Comitato Olimpico Nazionale Italiano (CONI), il Comitato Italiano Paralimpico (CIP) e Sport e Salute S.p.A.

Prima richiesta

Rinnovo

Alla presente domanda si Allega la documentazione attestante i requisiti, completa di tutti i dati:

- Allegato 3, rilasciato dal MIM destinato all'ente certificatore (Federazioni Sportive Nazionali o Discipline Sportive Associate di riferimento, riconosciute da CONI e CIP).

L'assenza della documentazione suddetta e/o la sua compilazione errata o incompleta, comporterà l'impossibilità ad avviare la procedura inerente il percorso in oggetto.

DICHIARANO INOLTRE

Di essere consapevoli che il percorso formativo individualizzato, stilato dal Consiglio di Classe, vincola tutte le parti coinvolte e sarà completato dal calendario sportivo fornito dal tutor sportivo alla scuola al fine di poter garantire il successo formativo scolastico dello/a studente/essa.

Cagliari, ___/___/20__

I Genitori _____