Al Dirigente Scolastico del

Liceo Scientifico “Antonio Pacinotti” – CAGLIARI

**MODULO RICHIESTA PARTECIPAZIONE**

**SPERIMENTAZIONE STUDENTE ATLETA A.S. 202\_\_/2\_\_**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Iscritto per l’A.S. 202\_\_/2\_\_ alla classe \_\_\_\_\_\_ Sezione \_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di poter partecipare alla sperimentazione “Studente Atleta di Livello”, promossa dal MIUR.

Trattasi di:

* Nuova richiesta
* Rinnovo adesione al progetto

Il Percorso è supportato dal (indicare il Comitato sportivo di riferimento):

* CONI
* CIP

Alla presente domanda si Allegano:

* Dichiarazione della federazione
* Documento contenente il nominativo del Tutor sportivo, compreso l’indirizzo mail dello stesso

L’assenza della documentazione da allegare comporterà l’impossibilità

Cagliari, \_\_\_\_/ \_\_\_\_ / 20\_\_\_

Lo Studente/La Studentessa

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

**RISERVATO AI GENITORI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Genitore dell’alunno/a di cui sopra conferma la volontà del proprio figlio/a di partecipare alla sperimentazione “Studente Atleta di Livello”, Sono stato informato che il percorso formativo individualizzato, stilato dal Consiglio di Classe, vincola entrambe le parti al suo rispetto, e questo al fine di poter garantire il successo scolastico di mio/a figlio/a.

Cagliari, \_\_\_\_/ \_\_\_\_ / 20\_\_\_

Il Genitore

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