

CERTIFICAZIONE CREDITI FORMATIVI
da inviare all'indirizzo di posta elettronica: segreteria@liceovallisneri.edu.it
entro il 15 maggio

a.s.

- ATTIVITÀ SPORTIVA -

(timbro/ intestazione della Federazione)

Cognome e nome dello/a studente/studentessa _____
nato/a a _____
il _____

Società affiliata a:

FSN (Federazione riconosciuta dal CONI o DSA (disciplina sportiva associata))

- Sì
- No

1) Tipologia dell'attività svolta _____

2) Durata dell'attività

data inizio _____ data fine _____

3) Numero di ore settimanali di allenamento (specificare i giorni) _____

4) Livello di attività

- Provinciale
- Regionale
- Nazionale

5) N° di gare ufficiali _____

Si rilascia la presente dichiarazione per gli usi consentiti dalla legge.

Data

Firma del rappresentante legale

