**RICHIESTA RICONOSCIMENTO DELLO STATUS DI STUDENTE ATLETA**

**DI ALTO LIVELLO A.S. 2024-25**

*Il/la sottoscritto/a………………………………………………………………………… genitore/tutore dell’alunna/o Nome:……………………………………..…….……….Cognome……………………………..…………………Classe…..sez….*

**CHIEDE**

in attuazione del D.M.n.279 del 10/04/2018,

che la/il propria/o figlia/o……………………………………………………….

sia ammesso/a prendere parte al progetto didattico sperimentale rivolto al supporto dei percorsi scolastici degli studenti-atleti di alto livello e sottoponendo al CdC i seguenti bisogni e calendario delle attività sportive: ................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

Allo scopo allega: **Attestazione rilasciata esclusivamente dalla federazione sportiva di riferimento attestante i requisiti di ammissione al progetto studenti atleti.**

*data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma*

*(Genitore o chi esercita la potestà genitoriale)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

*(Studentessa/e se maggiorenne)*

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**