



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

55° Distretto Scolastico

Istituto Comprensivo Lanzara

Via Calvanese, n. 22 - 84083 Lanzara – Castel San Giorgio (SA)

CF: 80028610659 - Tel. 081 5162111

email saic84600r@istruzione.it - saic84600r@pec.istruzione.it



Ai genitori degli alunni

delle classi quarte e quinte della Scuola Primaria

Al DSGA

Oggetto: avvio del progetto “Più Sport più Scuola” per alunni delle classi quarte e quinte della Scuola Primaria

Si comunica alle SS.LL. che a breve sarà avviato un progetto di Basket destinato agli alunni delle classi in oggetto.

I corsi si terranno presso la palestra di Via Calvanese il giovedì con cadenza settimanale con il seguente orario:

15:15 – 16:15 corso destinato agli alunni delle classi IV della Scuola Primaria;

16:15 – 17:15 e 17:15 – 18:15 corso destinato agli alunni delle classi IV e V a tempo pieno.

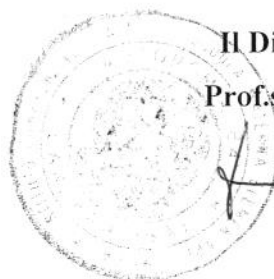
I genitori interessati potranno aderire inviando la scheda di adesione entro il 25/03/2023 al seguente indirizzo saic84600r@istruzione.it.

A corredo della scheda i genitori dovranno inviare entro il 25/03/2023 il certificato di idoneità alla pratica sportiva (modulo allegato).

Si precisa che i genitori che hanno già aderito non dovranno inviare nuovamente la scheda.

Si allega calendario dettagliato.

Distinti saluti



Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Loredana Cervelli

Oggetto: Domanda di partecipazione al progetto... "Più Sport Più' Scuola'.... Progetto dedicato alla conoscenza schemi motori di base ,al miglioramento delle capacità coordinative, alla conoscenza dei fondamentali di Basket..

...L... sottoscritt.....

Nat... il a..... Prov.....

Residente in..... Via/Piazza..... n°.....

Tel. Abitazione..... Tel. Cellulare.....

Codice fiscale..... E-mail.....

Genitore dell'alunno/a.....

Frequentante la classe..... sez..... Primaria - Secondaria di I grado

Plesso.....

CHIEDE

La partecipazione del proprio figlio/a al progetto

___I sottoscritt esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti con la presente richiesta possano essere trattati, nel rispetto del D.L.vo 196/2003, per gli adempimenti e le attività connesse al progetto in oggetto.

Luogo e data _____

FIRMA

N.B. : In caso di firma di un solo genitore sottoscrivere la seguente dichiarazione

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 245/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

FIRMA

Si richiede certificato medico per sport non agonistico



MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Il sottoscritto dott.ssa LOREDANA CERVELLI in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Lanzara di Castel San Giorgio (sa)

chiede

che l'alunno/a

nato/a il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario gratuito per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

- ATTIVITA' PARASCOLASTICHE**
alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario delle lezioni curricolari di Educazione Fisica.
- GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI**
solo per coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi alle fasi successive a quella d'istituto e precedenti quelle nazionali.

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
 Dott.ssa Loredana CERVELLI

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

certifico che l'alunno/a.....

nato/a il.....

sulla base della visita da me effettuata, dei valori pressori rilevati, nonché del referto dell'ECG effettuato in data

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato, ad uso esclusivo scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data.....

IL MEDICO CURANTE
 (timbro e firma)