



Agli STUDENTI
alle FAMIGLIE
e p.c. al PERSONALE ATA
al DSGA
LORO SEDI
– Sito d'Istituto

OGGETTO: PROGETTO: "INSIEME PER : MOVIMENTO, SALUTE E SPORT" - Avvio

Si comunica che da giovedì 23/02/2023 avrà inizio l'attività sportiva scolastica del progetto: "INSIEME PER: MOVIMENTO, SALUTE E SPORT INSIEME" che si svolgerà in orario extracurriculare, per tutti gli alunni del plesso "Tinelli".

ATTIVITA' PROPOSTA: AVVIAMENTO ALLA PALLAVOLO

- | | |
|--|--------------------------------|
| a – Progetto S3 – per alunni/e delle I classi | giovedì dalle 15.30 alle 17.00 |
| b – Pallavolo – per alunni/e delle II e III classi | giovedì dalle 17.00 alle 18.30 |

Si fa presente che per partecipare a tale attività è necessaria l'autorizzazione dei genitori e il relativo certificato medico, valido ai fini della partecipazione all'attività sportiva non agonistica scolastica.

In assenza di queste certificazioni non si potrà partecipare.

La suddetta attività è gratuita e sarà svolta dai docenti *DI CARLO Michele e Mastronardi Silvia* e si svolgerà presso la palestra del plesso TINELLI.

Allegati: - modello per l'autorizzazione dei genitori a partecipare alle attività sportive previste;
- richiesta, da parte della scuola, agli organi competenti, di rilascio di certificato medico.

Il referente C.S.S.
prof. Michele DI CARLO



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Angela Giuseppa Landi



Istituto Comprensivo "Morea-Tinelli" Alberobello

RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' SPORTIVA SCOLASTICA A.S. 2022/2023

IL SOTTOSCRITTO GENITORE

DELL'ALUNN_____ CLASSE..... SEZ.....

CHIEDE

CHE _L_ PROPRI_ FIGLI_ VENGA AMMESSO/A a PARTECIPARE ALLE ATTIVITÀ DI AVVIAMENTO ALLA PRATICA SPORTIVA, PROMOSSE E ORGANIZZATE DALLA SCUOLA.

- PALLAVOLO a - Progetto S3 per alunni/e delle I classi
b – Pallavolo per alunni/e delle II e III classi
- ALLEGA CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' NON AGONISTICA

DATA_____

Firma dei Genitori



Istituto Comprensivo "Morea-Tinelli" Alberobello

Richiesta di rilascio del certificato medico di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico

Richiesta di rilascio del certificato medico di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico per l'anno scolastico in corso (D.M. 24/04/2013 e successive modifiche o integrazioni).

Si richiede, per l'alunn_ _____,

nat_ a _____, il ___/___/_____, e residente

ad _____, in via/piazza _____,

il rilascio di certificato medico di cui al D.M. 24/04/2013 e successive modifiche o integrazioni, per la pratica sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico per l'anno scolastico 202___/202___.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Angela Giuseppa Landi
Firma autografa omessa ai sensi dell'art.3 del D.Lgs.n.39/1993