

<p>IC "Maria Montessori" RONCO BR.NO/SULBIATE Via IV Novembre, 7 – 20884 Sulbiate MB tel. 039/623775 - fax 039/6840862 cod. fiscale:94037050153 cod. meccanografico: MIIC8DJ008 cod. univoco fatturazione: UF9M8S e-mail: miic8dj008@istruzione.it PEC: miic8dj008@pec.istruzione.it www.icsulbiateronco.edu.it</p>	 <p style="text-align: center;">  Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca </p>
---	--

Circ n. 140
Sulbiate 02-04-2019

- Ai Genitori della scuola secondaria
- Ai Docenti della scuola secondaria
Ronco e Sulbiate

OGGETTO: giornata sportiva 25-5-2019

Alle famiglie degli alunni della scuola secondaria si comunica che in data 25-5-2019 presso il CTL3 di Bernareggio si terrà la Giornata sportiva dedicata all'atletica leggera.

Questa manifestazione si colloca fra le giornate obbligatorie organizzate dalla scuola per il recupero del tempo scuola curricolare.

Per la perfetta organizzazione della manifestazione si chiede ad ogni partecipante:

- un contributo di € 2,00
- di consegnare ai coordinatori di classe l'autorizzazione allegata in calce alla presente circolare
- la consegna del certificato medico per attività non agonistica allegato in calce alla presente circolare

Si comunica che in caso di maltempo la manifestazione sarà annullata.

Il Dirigente Scolastico

Prof. ssa Maria Lucia Lecchi

Firma apposta ai sensi dell'art.3 comma 2 D.L.vo n. 39/3

A U T O R I Z Z A Z I O N E

Il sottoscritto _____; genitore dell'alunno _____

Frequentante la classe _____ della scuola secondaria di _____

AUTORIZZA il proprio figlio a partecipare alla manifestazione del 25-5-2019

NON AUTORIZZA il proprio figlio a partecipare alla manifestazione del 25-5-2019 e ne giustifica l'assenza per _____

Data _____ firma dei genitore _____

CERTIFICATO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

Al medico curante dell'alunno/a _____

Oggetto : Certificato idoneità sportiva non agonistica (D.M. 24-04-2013)

Con la presente si richiede, per l'alunno sopra indicato, a norma dell'art. 44 dell'ACN della Pediatria di libera scelta e dell'art. 45 dell'ACN dei Medici di Medicina Generale, nonché dei punti a) e c) della Nota esplicativa del Ministero della Salute n. 4165 del 16/06/2015

il rilascio

del certificato di idoneità sportiva non agonistica per la partecipazione alle seguenti attività sportive organizzate nell'ambito scolastico:

X attività para-scolastiche organizzate da questo Istituto e/o inserite nel PTOF, non in orario di Educazione motoria

Il Dirigente Scolastico
prof.ssa Maria Lucia Lecchi

Firma apposta ai sensi dell'art.3 comma 2 D.L.vo n. 39/93

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO

Certifico che il paziente _____
nato a _____ il _____
e residente a _____

sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____ risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive a livello non agonistico.

Si rilascia, su richiesta del Capo d'Istituto (D.M. 24-042013).

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del suo rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

Data _____

Il Medico _____

Timbro e firma _____