



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE
ROVELLASCA**

Cod. Min. COIC831007
C.F. 80018640138



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI
2014-2020
PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO-FESR



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per lo Sviluppo e la Qualità della Scuola
Direzione Generale per l'Ateneo e l'Università di Ricerca
N. 10000/2014
NUR

Circ. n. 209

Rovellasca, 21.03.2017

Ai Genitori dell'alunno

Classe _____

**Scuola Secondaria di I grado di
ROVELLASCA / ROVELLO PORRO**

Oggetto: Finale Provinciale dei Campionati Studenteschi di Basket "Tre contro tre".

Si comunica che **martedì 11 aprile 2017** avrà luogo la manifestazione sportiva di Basket, presso l' I.C.S. di Albavilla – Via Porro 16 - (CO).

Programma :

- | | | |
|-----------------------------|-----------|---|
| - Partenza | ore 7.45 | dalla Scuola Secondaria di I grado di Rovello Porro |
| | ore 8.00 | dalla Scuola Secondaria di I grado di Rovellasca |
| - Ritrovo partecipanti | ore 8.30 | presso Istituto C.S. di Albavilla (CO) |
| - Inizio gare | ore 9.15 | |
| - Termine gare | ore 12,30 | circa |
| - Rientro previsto a scuola | ore 13,00 | circa a Rovellasca |
| | ore 13.15 | circa a Rovello Porro |

Docenti accompagnatori : DELL'ACQUA MARIO.

Per partecipare alla manifestazione gli alunni devono aver consegnato in segreteria il **certificato medico**.

Distinti saluti.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Monica Marelli

Firma apposta ai sensi dell'art.3 c.2 D.Lgs n.39/93

(Restituire in segreteria tramite il docente di ed. fisica **entro e non oltre il 07.04.2017**)

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno
_____ classe _____ Sez. _____ Scuola Secondaria I
grado di Rovellasca / Rovello Porro, dichiara di aver preso visione della **Circolare n. 209** del 21.03.2017.



AUTORIZZA



NON AUTORIZZA

la partecipazione di suo figlio alla finale provinciale di Basket ad ALBAVILLA (CO) il 11.04.2017.

Data _____

Firma _____

CERTIFICATO DI IDONEITA'
ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA
DI TIPO NON AGONISTICO

Sig.ra /Sig.

Nata/o a **il**

Residente a

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore.

