ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE ROVELLASCA

Cod. Min. COIC831007
C.F. 80018640138

Circ. n. 249 **Rovellasca, 18.04.2017**

Ai Sigg. Genitori dell'alunno

_____

Classe _____ Sez. _____

Scuola Secondaria di I grado di ROVELLASCA / ROVELLO PORRO

Oggetto: Finale Provinciale Campionati Studenteschi Atletica Leggera I grado .

Si comunica che **giovedì 27.04.2017** avrà luogo la manifestazione sportiva di atletica leggera – Finale provinciale **,** presso il Centro Sportivo Comunale di Mariano Comense Via Santa Caterina da Siena .

Il trasporto sarà organizzato autonomamente dai genitori, sia per l'accompagnamento che per il rientro.

Il ritrovo sul campo è previsto per le ore 8.15 dove saranno accolti dal Prof. Dell'Acqua Mario.

L'inizio delle gare è per le ore 9.00, e il termine è previsto per le ore 12.30.

Gli alunni alla fine della manifestazione sportiva, saranno riaccompagnati a casa dai genitori.

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

Solo per gli alunni il cui certificato medico NON risulta agli atti della scuola si allega richiesta e FAC-SIMILE del certificato non agonistico come da circolare della Regione Lombardia con Prot.n.H1.2015.0009787 da consegnare al medico.

Il certificato medico deve pervenire entro il 26.04.2017, il ritardo nella consegna comporterà automaticamente l'esclusione dai Giochi.

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 Prof. Dell'Acqua Mario **entro e non oltre il 26/04/2017**)

Il/La sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____ classe_____ Sez._____ Scuola Secondaria I grado di Rovellasca / Rovello Porro, dichiara di aver preso visione della Circolare n. 249 del 18/04/2017 e

☐ **AUTORIZZA** ☐ **NON AUTORIZZA**

la partecipazione di suo/a figlio/a alla finale provinciale C.S. Atletica Leggera / Mariano Comense del 27.04.2017.

Data_____ Firma _____

Rovellasca 18.04.2017

Ai genitori degli alunni
partecipanti ai giochi sportivi studenteschi

OGGETTO: richiesta certificato medico.

Ai fini della partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi viene richiesta copia del Certificato Medico (naturalmente in corso di validità), rilasciato dal Centro di Medicina Sportiva (foglio giallo), oppure un certificato medico per attività sportiva NON agonistica rilasciato dal medico curante.

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Monica MARELLI

/a.p.

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.