



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE SCUOLA PRIMARIA E SECONDARIA DI 1° GRADO
"E. DONADONI" DI SARNICO

Via P.A. Faccanoni, 13 – 24067 SARNICO (BG) - Tel. 035/910446
Cod. mecc. BGIC87300E - Cod. fisc. 95118390160
E-mail: bgic87300e@istruzione.it - E-mail PEC: bgic87300e@pec.istruzione.it
Sito Internet: www.icdonadonisarnico.edu.it

Circ. n. 33 ISCRIZIONE AL CENTRO SPORTIVO SCOLASTICO

Anno scolastico: 2023-2024

Modulo di adesione al progetto extra-curriculare:

Io/Noi sottoscritto/i

Cognome e Nome	Cognome e Nome	Cognome e Nome
..... (padre) (madre) (Tutore/unico Affidatario)
Residente a	Residente a	Residente a

Genitore/i / tutore / unico affidatario¹

dell'alunno/a.....nato/a..... il.....residente a..... in via
.....frequentante la classe.....della Scuola Secondaria del plesso di.....

AUTORIZZA

Il/la proprio/a figlio/a a partecipare in orario pomeridiano al progetto/laboratorio denominato "CENTRO SPORTIVO SCOLASTICO" che si terrà nell'anno scolastico 2023-2024 presso le strutture sportive dell'Istituto Comprensivo di Sarnico e in ambiente limitrofo.

Le discipline sportive deliberate dal dipartimento di Scienze Motorie per l'a.s. 2023-24 sono:

- **Corsa Campestre (Novembre 2023)**
- **Calcio a 5 e Minivolley (Dicembre 2023)**
- **MiniBasket (Gennaio 2024)**
- **Multi-Sport (Febbraio 2024)**
- **Atletica (Marzo 2024)**
- **Trekking Culturale (Aprile-Maggio 2024)**

Le attività si svolgeranno in orario pomeridiano, dalle ore 14:00 alle ore 16:00, nei giorni di **lunedì, martedì e venerdì**.

Si ricorda che è possibile scegliere tra le diverse attività senza obbligo di partecipazione a tutte le attività sportive proposte.

Il calendario delle attività sportive verrà pubblicato a breve, in seguito alla riunione di servizio.

N.B. L'iscrizione è confermata con la consegna del certificato medico valido. Viene dunque allegato il modulo di richiesta da presentare al proprio medico pediatra nel caso in cui non si fosse già in possesso di un certificato medico valido fornito dalle varie società sportive.

Informazioni più dettagliate per le discipline verranno fornite a ridosso dell'inizio delle attività.

Data.....

FIRMA della madre

FIRMA del padre

FIRMA del tutore/unico affidatario

1 In caso di firma di un solo genitore, ci si dichiara consapevoli delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR245/2000, e si DICHIARA di aver effettuato la scelta/riciesta 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.

RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI
TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO

(D.M. 24/04/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE)

ISTITUTO COMPRENSIVO "E. DONADONI" SARNICO (BG)

La sottoscritta **NICOLETTA VITALI** nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto Comprensivo "E. Donadoni" di Sarnico chiede che l'alunno/a _____ nato/a _____ il _____ frequentante la classe _____ della scuola secondaria di primo grado di Sarnico /Adrara Sm venga sottoposto/a al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 e successive modifiche **per la pratica di attività sportive non agonistiche** relative ai progetti sportivi inseriti nel PTOF d'Istituto. Ai sensi del DCPM28 novembre 2003.

Il certificato di idoneità sportiva di tipo non agonistica deve essere rilasciato sul modello previsto all'art. 2 del DM 08/08/2014 (Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica) ed ha validità un anno da quando è rilasciato.

Data: _____

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Prof.ssa Nicoletta Vitali

(Documento firmato digitalmente ai sensi del c.d. Codice
Amministrazione Digitale e normativa connessa)

Il modello deve essere presentato al medico certificatore compilato in ogni sua parte.

Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo NON agonistico

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