

## **RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE**

(da compilare a cura dell'alunno)

Il/La sottoscritto/a ..... nato/a a .....

Il ..... e frequentante la classe ..... sez. .... indirizzo .....

### **CHIEDE**

di poter partecipare al **Gruppo Sportivo a.s. 2018/2019**, nelle seguenti specialità (indicare massimo 2 discipline):

- Pallavolo (Febbraio-Marzo classi 4<sup>^</sup>/ 5<sup>^</sup> scuola primaria e ciclo scuola media)*
- Tennis (Solo scuola primaria)*
- Scherma*
- Pallacanestro*

N.B. La scuola può affidare la conduzione delle lezioni a esperti esterni

Il richiedente  
.....

---

### **AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE**

(da compilare a cura di un genitore/tutor)

Il/La sottoscritto/a (padre, madre, tutor) .....

dell'allievo/a ..... classe ..... sez. ....

### **AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a a frequentare, in orario pomeridiano, le attività sportive da lui scelte.

Allega alla presente il certificato medico di idoneità sportiva non agonistica (D.M. 28/02/83).

Villa San Giovanni.....

Il genitore o chi ne fa le veci  
.....



# ISTITUTO COMPRESIVO "GIOVANNI XXIII"

Via Ammiraglio Curzon, 34 - 89018 Villa San Giovanni (RC)

Tel. 0965751533 Fax 0965700406 - [rcic855001@istruzione.it](mailto:rcic855001@istruzione.it) - [www.icgiovannixxiii.gov.it](http://www.icgiovannixxiii.gov.it)

Codice fiscale **92081280809** - codice meccanografico **RCIC855001**

## **RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO**

Ai sensi de decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 - allegato H

La sottoscritta Grazia Maria Trecroci nella sua qualita di legale rappresentante dell'I.C. Giovanni

XXIII di Villa S. Giovanni chiede che l'alunno \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_

plesso \_\_\_\_\_ venga sottoposto

al controllo sanitario per la pratica, nell'ambito scolastico, di attivita sportive non agonistiche

relative a :

- 1) attivita fisico sportive, organizzate da questa Istituzione nell'ambito del Centro Sportivo Scolastico;
- 2) Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti la fase nazionale.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
*Dott.ssa Grazia Maria Trecroci*

## **Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico**

Cognome e Nome \_\_\_\_\_

Nata/o a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonche del referto del tracciato ECG eseguito in data \_\_\_\_\_, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attivita sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validita annuale dalla data del rilascio.

Data \_\_\_\_\_

Il medico certificatore  
(timbro e firma)