Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "POLO EST"
Via Montini, 100 – 25065 LUMEZZANE S.A. – BS -
Tel: 030 827300 - Fax: 030 826731
E-mail: bsic83200r@istruzione.it
Posta Elettronica Certificata: bsic83200r@pec.istruzione.it
Sito: http://www.icspoloestlumezzane.edu.it
C.M. BSIC83200R - C.F. 83003010176

I.C. STAT. - "POLO EST"-LUMEZZANE
Prot. 0002917 del 17/03/2022
IV-5 (Uscita)

Lumezzane, 17/03/2022

Circ. n. 160/2022

Alle famiglie degli alunni della scuola secondaria di I grado "Lana-Gnutti"

Atti
Sito web

Oggetto: Gruppo sportivo studentesco di Atletica - a.s.2021/22

L'istituto "Polo Est" di Lumezzane, al fine di promuovere promuovere il benessere psico-fisico degli alunni e un corretto stile di vita, attiverà un **Gruppo Sportivo Studentesco di ATLETICA LEGGERA.**
Il progetto interessa gli alunni di tutte le classi della Scuola Secondaria di Primo Grado "Lana – Gnutti" e sarà tenuto dal professor Carlo Bianchi, docente di Educazione Fisica dell'Istituto, presso lo stadio comunale di Lumezzane in via Magenta. Il trasporto sarà a carico delle singole famiglie.

Per la partecipazione al Gruppo Sportivo, sarà necessario consegnare al docente di Educazione Fisica, entro il giorno 30/03/2022 il modulo di autorizzazione in allegato e un Certificato Medico non agonistico in corso di validità. Detto certificato viene rilasciato gratuitamente, dietro richiesta posta in allegato, firmata dal Dirigente scolastico.

Di seguito il calendario previsto:

Classi prime 4 INCONTRI dalle ore 15:30 alle 17:00 nei giorni:

1. MERCOLEDI 06/04/2022;
2. MERCOLEDI 13/04/2022;
3. MERCOLEDI 20/04/2022;
4. MERCOLEDI 27/04/2022.

Classi seconde e terze 4 INCONTRI dalle ore 15:30 alle 17:00 nei giorni:

1. VENERDI' 08/04/2022;
2. VENERDI' 22/04/2022;
3. VENERDI' 29/04/2022;
4. VENERDI' 06/05/2022.

Si riserva, a seguito dell'andamento dell'emergenza sanitaria e normativa di modificare il calendario proposto.

Distinti saluti

Per il Dirigente Scolastico
Il Secondo Collaboratore
Barbara Tanda

I sottoscritti 1)_____, nato/a a_____, il_____;

2)_____, nato/a a_____, il_____;

esercenti la responsabilità genitoriale sull'alunno/a_____

nato/a a _____(____) il _____

O **AUTORIZZANO** O **NON AUTORIZZANO**

il/la proprio/a figlio/a _____a partecipare all'attività di ATLETICA che si terrà il pomeriggio presso lo STADIO COMUNALE.
La presente autorizzazione ha validità per l'anno scolastico 2021/22.

Data_____Firma genitore 1/tutore _____

Data_____Firma genitore 2/tutore _____

Il/la sottoscritto/a data l'impossibilità di ottenere la firma congiunta di entrambi i genitori, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non corrispondenti a verità ai sensi del DPR 445/2000, di chiara di aver effettuato la scelta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del codice civile.

Data_____Firma del genitore/tutore _____

MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

(approvato nelle sedute dei Comitati Aziendali

della Pediatria di Famiglia del 14/06/2018 e

della Medicina Generale del 13/06/2018)

ai sensi dell'A.C.N.della Pediatria di Famiglia del 29 maggio 2009, art. 44 e allegato H, dell'A.C.N. della Medicina Generale del 29 maggio 2009, art. 45 e del D.M dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica", nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015.

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Il sottoscritto ..... in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto.....

Chiede

che l'alunno/a .....

nato/a il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO (1) per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

○ **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE**
alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario delle lezioni curricolari di Educazione Fisica.

○ **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI**
solo per coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi alle fasi successive a quella d'istituto e precedenti quelle nazionali.

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(timbro e firma)

.....

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

certifico che l'alunno/a.....

nato/a il.....

sulla base della visita da me effettuata, dei valori pressori rilevati, nonché del referto dell'ECG effettuato in data ...../...../.....

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato, ad uso esclusivo scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data.....

IL MEDICO CURANTE
(timbro e firma)

.....

(1) D.G.R. Lombardia prot. H12015.0009787 DEL 26-03-2015, nonché ai citati D.M.