



Istituto Statale di Istruzione Superiore "Guido Galli"

www.istitutoguidogalli.gov.it

Bergamo: Via Gavazzeni, 37 - 24125 - Tel. +39 035 319338 – cod. IPA isis_2016 – Cod. UF 253S

PEC: bgis03800b@pec.istruzione.it - PEO : bgis03800b@istruzione.it - Cod.Mecc. BGIS03800B - Cod.Fisc. 80028780163

CIRCOLARE N. 317

Bergamo, 28,02,2019

AGLI STUDENTI A TUTTI GLI INTERESSATI

1A-1AA-1BA-1CA-1D-1DA-1EA-1FA-1H-2A-2D-

2H-2EA-2Q-3A-3F-3P-3Q-4H-4P-4Q-5A-5H-5L-

5P-5Q

AI DOCENTI

AL DSGA

AL PERSONALE ATA

SITO/ALBO

Oggetto: Progetto Gruppo Sportivo Galli

Si comunica che, a partire dal 11 Marzo e, secondo quanto riportato nel prospetto, si svolgerà in palestra l'attività sportiva di pallavolo, calcetto, pallacanestro del progetto "Gruppo Sportivo".

Si raccomanda di consegnare il certificato medico di tipo non agonistico rilasciato dal medico curante e la massima collaborazione di tutti gli iscritti, onde favorire la buona riuscita del progetto.

GIORNO	DATA	ORARIO	ATTIVITA'	CLASSI
Lunedì	Marzo 11-18-25 Aprile 1-8-15-29 Maggio 6-13-20-27	14.00- 15.00	Pallavolo	1A-1AA-1BA- 1CA-1D-1DA- 1EA-1H-2A-2D- 2H-2EA-2Q-3A- 3F- 3P-3Q-4A-4H- 4P-4Q-5A-5H-5L- 5P-5Q
Lunedì	Marzo 11-18-25 Aprile 1-8-15-29 Maggio 6-13-20-27	15.00- 16.00	Calcetto pallacanestro	1A-1AA-1BA-1FA- 1CA-1D-1EA-1H- 2A-2D-2H- 2EA- 2Q-3A-3F- 3P-3Q- 4A-4H-4P-4Q-5A- 5L-5Q
Mercoledì	Marzo -20-27 Aprile 3-10 Maggio 8-15-22	14.00- 15.00	Pallavolo	1A-1AA-1BA- 1CA-1D-1DA- 1EA-1H-2A-2D- 2H-2EA-2Q-3A- 3F- 3P-3Q-4A-4H- 4P-4Q-5A-5H-5L- 5P-5Q
Mercoledì	Marzo -20-27 Aprile 3-10 Maggio 8-15-22	15.00- 16.00	Calcetto pallacanestro	1A-1AA-1BA-1FA- 1CA-1D-1EA-1H- 2A-2D- 2H-2EA- 2Q-3A-3F- 3P-3Q- 4A-4H-4P-4Q-5A- 5L-5Q
Venerdì	Marzo -15-22- Aprile 5-12-26 Maggio 3-10-17-24	14.00- 15.00	Pallavolo	1A-1AA-1BA- 1CA-1D-1DA- 1EA-1H-2A-2D- 2H-2EA-2Q-3A- 3F- 3P-3Q-4A-4H- 4P-4Q-5A-5H-5L- 5P-5Q
Venerdì	Marzo -15-22- Aprile 5-12-26 Maggio 3-10-17-24	15.00- 16.00	Calcetto pallacanestro	1A-1AA-1BA-1FA- 1CA-1D-1EA-1H- 2A-2D- 2H-2EA- 2Q-3A-3F- 3P-3Q- 4A-4H-4P-4Q-5A- 5L-5Q

La referente

MARIA TERESA MANNINO

Il Dirigente Scolastico

LEONARDO RUSSO

Restituire il tagliando al docente di scienze motorie il primo giorno del torneo a cui si partecipa .
STUDENTE\STUDENTESSA

IP "GUIDO GALLI" - CLASSE..... ^ SEZIONE a. s .2018/2019

Il sottoscritto genitore di.....

DICHIARA

di aver ricevuto la circolare n.317 GRUPPO SPORTIVO GALLI

e AUTORIZZA il/la proprio/a figlio/a a partecipare secondo le modalità esplicitate

FIRMA.....

Ufficio Scolastico Regionale Lombardia

F.I.M.P.



Istituto Statale di Istruzione Superiore "Guido Galli"

www.istitutoguidogalli.gov.it

Bergamo: Via Gavazzeni, 37 - 24125 - Tel. +39 035 319338 – cod. IPA isis_2016 – Cod. UF 253S

PEC: bgis03800b@pec.istruzione.it - PEO : bgis03800b@istruzione.it - Cod.Mecc. BGIS03800B - Cod.Fisc. 80028780163

**RICHIEDA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO
NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO (D.M. 24/04/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE)**

SCUOLA / ISTITUTO :ISIS GALLI.....

Il sottoscrittoLEONARDO RUSSO..... nella sua qualità di
legale

rappresentante della Scuola/Istituto

chiede che l'alunno nato a
Cognome e Nome

il..... frequentante la classe venga sottoposto 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 POF d'Istituto. Ai sensi del DCPM 28 novembre 2003.
Il certificato di idoneità sportiva di tipo non agonistica deve essere rilasciato sul modello previsto dal
DM 08/08/2014 all. 2 e ha validità un anno da quando è rilasciato.

Data

Timbro SCUOLA / ISTITUTO

Il Dirigente Scolastico

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

FIRMA del medico Certificatore
