



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. 459

Bergamo,08.05.2018

AGLI STUDENTI A TUTTI GLI INTERESSATI

**1°AA -1°BA - 1DA-- 1EA – 1D- 1H-1°Q - 2°A
- 2°F – 2P- 2°Q – 2°H – 3°A -3°F – 3°H – 3°Q
– 3°P - 4°A – 4°L– 4°H – 4P-4Q- 5°B – 5°H-
5°A –**

AI DOCENTI

AL DSGA

SITO/ALBO

Oggetto: variazione calendario” Progetto gruppo sportivo Galli “

Si comunica che l’attività sportiva di pallavolo e calcetto del giorno **mercoledì 23 maggio 2018** , si svolgerà nel giorno di **Giovedì 24 maggio** dalle ore 14.15 alle ore 16.15

GIORNO	DATA	ORARIO	ATTIVITA'	CLASSI
Lunedì	Marzo 5-12-19-26 Aprile 9-16-23 Maggio 7-14-21-28	14.15- 15.15	Pallavolo	1AA-1BA-1D-1DA- 1EA-1H-1Q 2A-2F-2P-2Q-3A 3F-3H-3P-3Q-4A-4H- 4L-4P-4Q 5A-5B-5H
Lunedì	Marzo 5-12-19-26 Aprile 9-16-23 Maggio 7-14-21-28	15.15- 16.15	Calcetto	1BA-1D-1EA-1H 1Q-2A-2F-2H-3A-3H- 3Q-4A-4Q-5A
Mercoledì	Marzo 7-14-21- Aprile 11-18 Maggio 2-9-16-24-30	14.15- 15.15	Pallavolo	1AA-1BA-1D-1DA- 1EA-1H-1Q 2A-2F-2P-2Q-3A 3F-3H-3P-3Q-4A-4H- 4L-4P-4Q -5A-5B-5H
Mercoledì	Marzo 7-14-21- Aprile 11-18 Maggio 2-9-16-24-30	15.15- 16.15	Calcetto	1D-1DA-1H-1Q 2A-2F-2H-3A-3H-3Q- 4A-4Q-5A
Giovedì	MAGGIO 10	14.15- 15.15	Pallavolo	1AA-1BA-1D-1DA- 1EA-1H-1Q 2A-2F-2P-2Q-3A 3F-3H-3P-3Q -4A-4H 4L-4P-4Q-5A-5B -5H
Giovedì	MAGGIO 10	15.15- 16.15	Calcetto	1D-1H-1Q-2A-2F-2H- 3A-3H-3Q-4A-4Q-5A
Giovedì	Maggio 24	14.15- 15.15	Pallavolo	1D-1H-1Q-2A-2F-2H- 3A-3H-3Q-4A-4Q-5A
Giovedì	Maggio 24	15.15- 16.15	Calcetto	1D-1H-1Q-2A-2F-2H- 3A-3H-3Q-4A-4Q-5A
Venerdì	Marzo 9-16 Aprile 6-13-20-27 Maggio 11-18-25	14.15- 15.15	Pallavolo	1AA-1BA-1D-1DA- 1EA-1H-1Q 2A-2F-2P-2Q-3A 3F-3H-3P-3Q -4A-4H 4L-4P-4Q-5A-5B -5H
Venerdì	Marzo 9-16 Aprile 6-13-20-27 Maggio 11-18-25	15.15- 16.15	Calcetto	1D-1H-1Q-2A-2F-2H- 3A-3H-3Q-4A-4Q-5A

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 .2017/2018

Il sottoscritto genitore di.....

DICHIARA

di aver ricevuto la circolare n. **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

**RICHIESTA 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
