



Ministero dell'istruzione e del merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MANGONE-GRIMALDI

Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado ad Ind. Musicale

Via Provinciale. n.c. 87050 MANGONE-CS Tel. e Fax 0984/969171

[E.Mail csic851003@istruzione.it](mailto:csic851003@istruzione.it) codice Fiscale 99332920786

Cod.Mecc .CSIC851003

Sito web: www.icmangone-grimaldi.gov.it

Mangone li _____

Ai sigg. Genitori
Agli alunni di tutte le classi
Al DSGA (per tutti gli adempimenti)
Albo – Sede

Oggetto: Giochi Sportivi Studenteschi per l'anno scolastico 2023/2024

Si comunica che, il Centro Sportivo Studentesco a partire dal mese di Febbraio 2024 darà inizio al reclutamento degli alunni per le attività dei giochi Sportivi Studenteschi per l'anno scolastico 2023/2024.

Si allegano:

1. Autorizzazione per la partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi per l'anno scolastico 2023/2024;
2. Modulo di richiesta certificato medico.

Referenti CSS

Prof. Bruno Massimiliano

Prof. Maletta Danilo

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Mariella Chiappetta



Ministero dell'istruzione e del merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MANGONE-GRIMALDI

Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado ad Ind. Musicale

Via Provinciale. n.c. 87050 MANGONE-CS Tel. e Fax 0984/969171

[E.Mail csic851003@istruzione.it](mailto:csic851003@istruzione.it) codice Fiscale 99332920786

Cod.Mecc .CSIC851003

Sito web: www.icmangone-grimaldi.gov.it

Oggetto: Autorizzazione alla partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi per l'anno scolastico 2023/2024

I sottoscritti _____ e _____ genitori
esercenti la patria potestà dell'alunno/a _____ frequentante la classe
_____ sez _____ con la presente **AUTORIZZANO:**

- il proprio FIGLIO/A alla partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi per l'anno scolastico 2023/2024.
- il proprio FIGLIO/A alla preparazione agli stessi. Le attività di squadra previste (*Pallavolo, Calcio 5, Tennistavolo, Atletica Leggera, Badminton, Pallacanestro, Pallamano, Padel, ecc*) si svolgeranno presso la nuova struttura sportiva del plesso di Grimaldi.
- Tutte le attività si svolgeranno nei giorni concordati con i docenti di riferimento.
- L'orario sarà pomeridiano dalle _____ alle _____ .

Gli alunni che parteciperanno alle attività dei Giochi Sportivi Studenteschi avranno l'obbligo di presentare la certificazione medico-sportiva non agonistica o agonistica.

Si allega alla presente:

1. Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico o agonistico;
2. Copia fotostatica documento di identità valido.

FIRMA DEI GENITORI _____



Ministero dell'istruzione e del merito
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE MANGONE-GRIMALDI
Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di I grado ad Ind. Musicale
Via Provinciale. n.c. 87050 MANGONE-CS Tel. e Fax 0984/969171
[E.Mail csic851003@istruzione.it](mailto:E.Mail_csic851003@istruzione.it) codice Fiscale 99332920786
Cod.Mecc .CSIC851003
Sito web: www.icmangone-grimaldi.gov.it

CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 44 dell'ACN della Pediatria di libera scelta, art. 43 dell'ACN di Medicina Generale, del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e ss.mm.ii e del Decreto 8 agosto 2014, la sottoscritta *Dott.ssa Mariella Chiappetta* in qualità di legale rappresentante della Istituzione scolastica chiede che :

lo/la studente/ssa _____ nato/a _____
il _____ frequentante la classe _____ sez. _____

venga sottoposto/a al controllo sanitario per la pratica di attività sportive non agonistiche, nel dettaglio:

ATTIVITA' PARASCOLASTICHE: intese come attività **fisico-sportive inserite nel P.T.O.F.** svolte in orario extracurricolare con gli insegnanti, finalizzate alla **partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici e/o Campionati Studenteschi (dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese).**

Mangone li _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Mariella Chiappetta

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO

Certifico che lo studente _____ nata/o a
_____ il _____ residente a
_____ in via
_____ C.F. _____ .

sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

_____ li _____

Dott./ssa. _____

(timbro e firma del medico certificatore)