**Autorizzazione alla partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi per l’anno scolastico 2024/2025.**

Al Dirigente Scolastico

IC LAUREANA GALATRO FEROLETO

I sottoscritti e genitori esercenti la patria potestà dell’alunno/a nato/a il a

frequentante la classe sez con la presente

AUTORIZZANO

* il proprio FIGLIO/A alla partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi per l’anno scolastico 2024/2025 per la/le seguente/i disciplina/e e alla preparazione alla/e stessa/e (**E’ possibile scegliere massimo due discipline)**:

|  |  |
| --- | --- |
| ATLETICA LEGGERA CAMPESTRE |  |
| ATLETICA LEGGERA SU PISTA |  |
| CALCIO a 5 |  |
| CALCIO a 7 |  |
| CALCIO a 11 |  |
| DAMA |  |
| PALLAVOLO |  |
| SCACCHI |  |
| PADEL |  |

Inoltre,

AUTORIZZANO

* la partecipazione del/lla figlio/a alle eventuali gare dei Campionati Studenteschi da svolgere presso le strutture che si renderanno disponibili.

Si precisa che:

- le attività si svolgeranno sia in orario scolastico che in orario extrascolastico (per la preparazione alle gare) e gli orari verranno concordati con il docente di riferimento;

- per il gioco degli scacchi e della Dama **non** è necessario allegare il certificato di idoneità alla pratica sportiva;

- visto il numero elevato di richieste degli anni precedenti saranno prese in considerazione massimo n.20 iscrizioni per ogni disciplina, in base all’ordine di arrivo.

Luogo e data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

FIRMA GENITORE\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

***In caso di firma di un solo genitore o di chi ha la responsabilità genitoriale compilare anche la parte sottostante.***

# Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà

In riferimento al D.P.R. 445 del 28/12/2000 art. 47 comma 2 (“La dichiarazione resa nell’interesse proprio del dichiarante può riguardare anche stati, qualità personali e fatti relativi ad altri soggetti di cui egli abbia diretta conoscenza”), consapevole delle sanzioni penali richiamate dall’art. 76,

Il/la sottoscritto/a

# DICHIARA

* di aver messo a conoscenza l’altro esercente la responsabilità genitoriale, o chiunque, oltre a lui, eserciti la responsabilità genitoriale del/della minore, della presente autorizzazione e documento di impegno per la visita guidata da effettuare il / / e di aver ricevuto il suo consenso;
* di essere l'unica persona esercente la responsabilità genitoriale del/della minore.

Luogo e data Firma

# MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 3 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 Cinzia Emanuela De Luca 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 l’insegnante, 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).

Laureana di Borrello, ...........................

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

# CERTIFICAZIONE DI IDONEITA’ ALLA PRATICA DELL’ATTIVITA’ SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO

ai sensi del D.M. 24/4/2013, della L. 98 9/8/2013, della L. 125 30/10/2013, del DM. 8/8/2014, del D.I. 28/2/2018, dell’art. 44comma 2 lettera H dell’ACN 15/12/2005

Studente ....................................................................... Nata/o a ..................................................... il ...............................

residente a Il soggetto, sulla base della visita

medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G. eseguito in data ........................., 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.

Luogo e data, ……………………...................... Dott. ................................................................................................... (timbro e firma del medico certificatore)