



**ISTITUTO COMPRESIVO
STATALE
"AUGUSTA BAGIENORUM"
BENE VAGIENNA
Viale Rimembranza, 2
12041 BENE VAGIENNA CN
C.F. 92013930042**

Tel.0172 654118- 654301
segreteria@icbenevagienna.edu.it
cnic80700n@istruzione.it
cnic80700n@pec.istruzione.it



pon
2014-2020
FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' MOTORIA E GARE SPORTIVE

Alla cortese attenzione dei genitori.

Le attività ludico - ricreative - ginnico - formative e non competitive, proposte dal nostro Istituto non necessitano della presentazione di certificato medico di idoneità da parte dei partecipanti. Vi sono però alcuni casi di patologie, quali ad esempio l'asma, i disturbi cardiaci, l'ernia, ecc., ove sarebbe utile una valutazione specifica.

Nell'interesse della tutela della salute degli alunni, si chiede cortesemente di compilare il modello riportato.

Solo nel caso in cui venga dichiarata la presenza di patologie, sarà richiesto per la frequenza alle attività di farvi rilasciare dal pediatra o medico di vostra fiducia, un certificato attestante l'idoneità di Vostro/a figlio/a alla pratica sportiva non agonistica.

Tale certificato è a pagamento. In caso di rifiuto della famiglia a produrre il certificato, l'alunno non potrà frequentare il corso e usufruirà.

Il Dirigente Scolastico
(Prof.ssa Lorella SARTIRANO)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO
ISTITUTO COMPRESIVO "Augusta Bagienorum" di Bene Vagienna

I sottoscritto/a _____

I sottoscritto/a _____

genitori dell'alunno/a _____

frequentante la classe _____, sezione _____, della Scuola _____

plesso di _____

DICHIARANO

- di non essere a conoscenza che il proprio figlio/a sia affetto da patologie che possano ostacolare la partecipazione all'attività motoria e a gare sportive durante l'anno scolastico
- che il proprio figlio/a non è affetto da patologie che possano ostacolare la partecipazione all'attività motoria e a gare sportive
- che sottoporranno il proprio/a figlio/a a valutazione medica da far pervenire a scuola.
- di dare, letta l'informativa sull'area Privacy del sito della scuola, il consenso al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità indicate nella qui presente dichiarazione.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

1. _____ 2. _____

Data _____