**ORGANIZZAZIONE ATTIVITA' SPORTIVA SCOLASTICA A.S. \_\_\_\_\_\_**

I docenti: Loretti Stefania, Catanzaro Concetta e Mazzei Raffaele per il corrente anno scolastico coordinano la partecipazione a manifestazioni sportive scolastiche (Campionati Studenteschi d'istituto ed esterni, ecc.) e organizzano l'attività di gruppo sportivo per garantire un'adeguata preparazione a tal fine. Si parteciperà ai Campionati Studenteschi per le seguenti specialità sportive:

* Campestre Atletica
* Beach- volley
* Calcio a 5 maschile e femminile (campo di calcio di Via Napoli)
* Danza Sportiva

Gli allenamenti si svolgeranno in orario extra - curricolare in strutture e luoghi interni (palestre di Via Napoli e piazza Göppingen) ed esterni alla scuola (CAMPO SCUOLA MONDELLI).

Per agevolare l'organizzazione di quanto sopra si chiede cortesemente di compilare il modulo sottostante e di consegnarlo alla referente del progetto prof.ssa Loretti Stefania oppure agli altri docenti del progetto. Sottolineare l'attività che si vuole svolgere.

**AUTORIZZAZIONE PARTECIPAZIONE ATTIVITA' SPORTIVE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di codesto istituto, in relazione a quanto sopra esposto:

* AUTORIZZA il/la proprio/a figlio/a ad aderire ad iniziative organizzate dalla scuola nel corso dell'anno scolastico in relazione all'eventuale preparazione e partecipazione ai Campionati Studenteschi 2023/24
* AUTORIZZA inoltre il/la proprio/a figlio/a a partecipare alle attività svolte in orario curriculare ed extra-curriculare ed a tutte le conseguenti gare o manifestazioni sportive predisposte·dall'USR, al di fuori della palestra scolastica ed anche fuori sede.

Dichiara inoltre di essere a conoscenza che: ·gli studenti saranno accompagnati da un docente di educazione fisica; l'attività è stata deliberata dagli Organi Collegiali competenti e i partecipanti sono assicurati con la polizza, consultabile in segreteria per le attività programmate; · gli studenti sono tenuti a rispettare la programmazione e a seguire le indicazioni dei docenti accompagnatori; · per la partecipazione ai CAMPIONATI STUDENTESCHI è obbligatorio presentare in allegato a questo modulo il certificato medico di buona salute per attività non agonistiche rilasciato senza oneri dal medico curante; · è necessario comunicare eventuali variazioni rispetto a quanto dichiarato (insorgenza di problemi di salute, impedimenti di altra natura, ecc.).

N. B. Le date, gli orari e i luoghi dei vari impegni e competizioni saranno comunicati di volta in volta sul sito della scuola.

Luogo e data Firma del genitore

**MODULO DI RICHIESTA PER IL RILASCIO GRATUITO DI CERTIFICATO MEDICO  
IN AMBITO SCOLASTICO**

Il Dirigente Scolastico dell’IISS “L. EINAUDI“di Foggia, dichiara che l’alunno/a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_\_ , regolarmente iscritto/a e frequentante la classe\_ \_sez. ind. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o per i Giochi Sportivi Studenteschi, nelle fasi precedenti quelle nazionali, nell’ambito di attività scolastiche e parascolastiche, pertanto chiede al Medico curante, di certificare l’idoneità alla pratica sportiva non agonistica, così come indicato nelle Linee Guida emanate dal Ministero della Salute in data 08 agosto 2014, nella nota del Ministero della Salute prot. 4165 del 16/06/2015 e prot. 5479 del 17/06/2015 recanti all’oggetto “nota esplicativa de Decreto del Ministero della Salute 8 agosto 2014 – Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l’attività sportiva non agonistica”.

Data,

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Lanfranco BARISANO

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

*ai sensi del D.M.S. del 28/02/1983, art.1 lettere a) e c) e del DPR 272 del 28/07/00, ai sensi della L. 98/2013  
 e successive modificazioni L.125/2013, DM.8/8/2014*

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall’Autorità scolastica in data .…/…/……. lo scrivente dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifica che l’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e timbro del medico

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_