



Istituto Comprensivo "Cassiodoro – Don Bosco"

C.M. RCIC87100V C. F 92081470806

Via Nazionale Tv. G – 89134 - Pellaro - Reggio Calabria – Tel/Fax 0965359370

rcic87100v@istruzione.itrcic87100v@pec.istruzione.itwww.iccassiodorodonbosco.it

Prot. 6105/IV.5

Pellaro, 19 dicembre 2018

Ai docenti delle classi terze di scuola primaria
Ai genitori degli alunni delle classi terze di scuola primaria
AI DSGA
Sedi
Sito web

CIRCOLARE N.46

OGGETTO: Avvio progetto "Racchette di classe".

Si comunica che, a partire dal 10 gennaio 2019 e secondo l'orario di seguito riportato, avranno inizio le attività relative al progetto "Racchette di Classe".

Si precisa che i docenti sono tenuti ad accompagnare la classe e presenziare alle attività che avranno luogo per una volta alla settimana.

Si invitano i docenti a voler dare avviso alle famiglie rammentando la necessità dell'abbigliamento adeguato (tuta e scarpe da ginnastica) e della consegna del certificato medico così come da richiesta che sarà consegnata agli alunni.

PLESSO CASSIODORO – GIOVEDÌ'	
Dalle ore 8.00 alle ore 9.00	Classe 3 C
Dalle ore 9.00 alle ore 10.00	Classe 3 A
Dalle ore 11.00 alle ore 12.00	Classe 3 B
PLESSO SAN GREGORIO – LUNEDÌ'	
Dalle ore 9.00 alle ore 10.00	Classe 3 A
PLESSO SAN GIOVANNI – MERCOLEDÌ'	
Dalle ore 9.00 alle ore 10.00	Classe 3 A
PLESSO LUME – VENERDÌ'	
Dalle ore 10.00 alle ore 11.00	Classe 3 A
PLESSO SAN LEO – VENERDÌ'	
Dalle ore 11.00 alle ore 12.00	Classe 3 A



Firmato Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Eva Raffaella Maria Nicolò

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993



Istituto Comprensivo "Cassiodoro – Don Bosco"

C.M. RCIC87100V C. F 92081470806

Via Nazionale Tv. G – 89134 - Pellaro - Reggio Calabria – Tel/Fax 0965359370

rcic87100v@istruzione.it rcic87100v@pec.istruzione.it www.iccassiodorodonbosco.it

RICHIESTA DI CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO SCOLASTICO

- Legge 9 agosto 2013 n.98 —conversione del Decreto legge 69/2013-

la sottoscritta Eva Raffaella Maria Nicolò, Dirigente Scolastico dell' Istituto Comprensivo "Cassiodoro - Don Bosco"

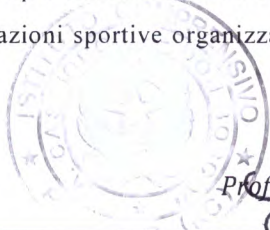
Chiede

il rilascio del certificato medico sportivo non agonistico per le attività sportive parascolastiche previste all'interno del PTOF (Piano dell'Offerta Formativa) ad esclusivo uso scolastico.

per l'alunno/a _____
nato/a a _____ il ____/____/____ residente a _____
Via _____ Classe _____

- a) l'alunno/a prenderà parte ad attività parascolastiche organizzate in orario extracurriculare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare o campionati caratterizzate da competizioni tra atleti.
- b) l'alunno/a prenderà parte ad attività parascolastiche organizzate in orario extracurriculare e finalizzate alla partecipazione a gare dei Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti la fase nazionale.
- c) l'alunno/a parteciperà a manifestazioni sportive organizzate da altri Enti e previste all'interno del POF (Piano dell'offerta Formativa).

Data _____



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Eva Raffaella Maria Nicolò

REGIONE CALABRIA

ASP - REGGIO CALABRIA

Dott. _____ (Medico/Pediatra)

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Cognome _____ Nome _____
nato/a _____ il ____/____/____ residente a _____

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori arteriosi rilevati, non che 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.

Data: _____ Il Medico: _____
(timbro e firma)