

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
IIS "E. FERRARI"  
BATTIPAGLIA (SA)

OGGETTO: ATTIVITA' DI AVVIAMENTO ALLA PRATICA SPORTIVA E PARTECIPAZIONE AI GSS 2018/2019 -  
AUTORIZZAZIONE PER LA PUBBLICAZIONE DI FOTO E IMMAGINI NEL SITO DELLA SCUOLA

IL/LA SOTTOSCRITTO/A \_\_\_\_\_

GENITORE/TUTORE LEGALE DELL' ALUNNO/A \_\_\_\_\_

NATO/A A \_\_\_\_\_ ( )

IL \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ CLASSE \_\_\_\_ SEZ \_\_\_\_ IND \_\_\_\_

PER IL CORRENTE ANNO SCOLASTICO 2017/2018

CHIEDE

*L'ISCRIZIONE DEL/LA PROPRIO/A FIGLIO/A ED AUTORIZZA LO/LA STESSO/A A PARTECIPARE ALLE  
SEGUENTI ATTIVITA' PROMOSSE ED ORGANIZZATE DALL' ISTITUTO FINALIZZATE AD ATTIVITA' INTERNE ED  
ALLA PARTECIPAZIONE AI GSS 2018/2019.*

- CALCIO A 5 M/F
- PALLAVOLO M/F
- TENNISTAVOLO M/F
- KARATE M/F

AUTORIZZA

l'I.I.S. "Ferrari" di Battipaglia a pubblicare nel sito web dell'istituto foto o immagini dell'attività in oggetto in cui sia presente il/la proprio/a figlio/a.

SOLLEVA

l'I.I.S. "Ferrari" di Battipaglia da ogni responsabilità per un eventuale uso non autorizzato delle immagini da parte di terzi.

DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO DEL GENITORE: \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ rilasciato dal \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

BATTIPAGLIA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(FIRMA)

RICHIESTA PER IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' MEDICA  
PER LA PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' SPORTIVA SCOLASTICA.

Il Dirigente Scolastico dell'IIS "E. FERRARI " di Battipaglia( SA ) , dichiara che l'alunno/a

\_\_\_\_\_

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

regolarmente iscritto/a e che frequenta 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.ssa Daniela Palma

All. 2

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Sig.ra/Sig. ....

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 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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma e Timbro del Medico