

Ministero della Pubblica Istruzione



CEIC86700D

Ambito Campania 0007  
DR Campania – ambito CE-7  
Distretto di appartenenza 014



ISTITUTO COMPRENSIVO CAPOL. D. D.  
Scuola ad indirizzo musicale  
Uffici amministrativi :Viale Italia n.52/54  
CAP 81020- San Nicola la Strada- (CE)  
Posta cert.:ceic86700d@pec. Istruzione .it  
Posta non cert.:ceic86700d@istruzione.it  
Plesso “G.Mazzini” Tel. 0823.452954 Fax.  
0823.458147  
Plesso“ N.Green“ Tel.0823.422239  
Plesso Via Milano Tel. 0823 457980  
Codice fiscale 93081990611  
www.iccapolddsannicolalastrada.edu.it



We prepare for



Comunicazione n. 103

San Nicola la Strada, 05/12/2022

Ai Sigg. Docenti  
Ai sigg. Genitori  
Della sc. prim. Classi quinte  
Al DSGA  
e al Personale ATA  
Al Sito web

#### OGGETTO: PROGETTO MAJORETTES PLUS

Si comunica a quanti in indirizzo che a partire dal 11 GENNAIO 2023 sarà attivato il progetto di continuità :“MAJORETTES PLUS”che coinvolgerà le alunne delle classi quinte della scuola primaria.

Il progetto ha lo scopo di avviare un gruppo di alunne alla pratica sportiva e soprattutto di :

- Favorire esperienze di socializzazione.
- Sperimentare linguaggi musicali che si ispirano ai valori della cooperazione, della solidarietà, della pace e dell'accettazione delle diversità.
- Acquisire il senso dello spazio e della coordinazione, del ritmo.
- Muoversi in sincronia.
- Esibirsi in manifestazioni relative ad attività di istituto

Di seguito la calendarizzazione degli incontri

ANNO	MESE	GIORNO	DALLE /ALLE
2023	GENNAIO	11 -25	16.15-17-15
2023	FEBBRAIO	01-15	16.15-17-15
2023	MARZO	08- 22	16.15-17-15
2023	APRILE	05 -19	16.15-17-15

Coloro che sono interessati all'iniziativa possono far pervenire la richiesta di partecipazione compilando il modulo in allegato con relativa autorizzazione firmata da entrambi i genitori

dell'alunna e certificazione di idoneità fisica, inviando il tutto all'indirizzo di posta elettronica [ceic86700d@istruzione.it](mailto:ceic86700d@istruzione.it)

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Patrizia Merola  
Documento firmato digitalmente ai sensi del CAD

## MODULO ISCRIZIONE PROGETTO EXTRASCOLASTICO

PROGETTO: "MAJORETTES +"

Le attività del corso saranno espletate con incontri che si terranno di giovedì dalle ore 14.15 alle ore 16.15 presso i locali della palestra scuola "G Mazzini"

I GENITORI DELL'ALUNNA:

<b>COGNOME</b>		<b>NOME</b>	
<b>DATA DI NASCITA</b>	<b>COMUNE DI NASCITA</b>		<b>PROVINCIA</b>
<b>INDIRIZZO DI RESIDENZA</b>	<b>COMUNE DI RESIDENZA</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>CAP</b>
<b>TELEFONO</b>		<b>EMAIL</b>	

CHIEDONO DI POTER ISCRIVERE LA PROPRIA FIGLIA AL SUDDETTO PROGETTO E

### DICHIARANO

1. di essere a conoscenza che le attività che svolgeranno costituiscono parte integrante del curriculum scolastico;
2. di accettare, per tutta la durata del progetto, le norme comportamentali, gli orari, i regolamenti interni della scuola e le norme di sicurezza;

### SI IMPEGNANO

- ✓ a rispettare rigorosamente gli orari stabiliti dall'attività;
- ✓ a osservare un comportamento rispettoso nei riguardi di tutte le persone con le quali verranno in contatto;

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

(luogo e data)

FIRMA dei Genitori \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

AUTORIZZAZIONE

Il/la sottoscritto/a.....genitore  
dell'alunno/a.....

nato a ..... Il.....  
classe..... Sez.....

Codice Fiscale .....autorizza la  
propria figlia a partecipare alla

**“MAJORETTES + ”**

Il GIOVEDI' (come da calendario) dalle 16.30 alle 17.30 presso la palestra della sede di Viale  
Italia.

FIRMA dei Genitori\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI  
ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO  
(D.M.24.04.2013)**

**COGNOME** \_\_\_\_\_ **NOME** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**NATO/A** \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) **IL** \_\_\_\_\_

**RESIDENTE A** \_\_\_\_\_

**IL SOGGETTO, SULLA BASE DELLA VISITA MEDICA DA ME EFFETTUATA, DEI VALORI DI PRESSIONE ARTERIOSA RILEVATI, NONCHE' DEL REFERTO DEL TRACCIATO ECG ESEGUITO IN DATA \_\_\_\_\_, NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA.**

**IL PRESENTE CERTIFICATO HA VALIDITA' ANNUALE DALLA DATA DEL RILASCIO.**

**LUOGO E DATA** \_\_\_\_\_ **TIMBRO** \_\_\_\_\_ **IL MEDICO CERTIFICATORE**