



PIANO NAZIONALE
SCUOLA digitale

**ISTITUTO COMPRENSIVO
CAPOL D.D.**

SCUOLA CON PERCORSI AD INDIRIZZO MUSICALE

PLESSO SCUOLA SECONDARIA I GRADO: "G. Mazzini" tel. 0823.452954
PLESSI SCUOLA PRIMARIA E INFANZIA: "N. Green" tel. 0823.422239
PLESSO SCUOLA DELL'INFANZIA: "VIA MILANO" tel. 0823.457980

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



Comunicazione n. 28

San Nicola la Strada, 24/09/2024
Ai genitori Scuola Secondaria
Alle Alunne
Al DSGA
Al sito WEB

Oggetto: Pratica sportiva "PROGETTO MAJORETTES"
"Potenziamento delle discipline motorie e sviluppo di uno stile di vita sano"

Anche quest'anno riparte il **PROGETTO MAJORETTES**
Le attività saranno svolte dal giorno 14 NOVEMBRE 2024 nella palestra della Scuola Secondaria sita in Viale Italia, secondo il seguente calendario.

ANNO	MESE	GIORNO	DALLE /ALLE	TOTALE ORE
2024	NOVEMBRE	14 - 28	14.15 – 16.15	4
2024	DICEMBRE	05 - 12	14.15 – 16.15	4
2025	GENNAIO	16 - 30	14.15 – 16.15	4
2025	FEBBRAIO	20 - 27	14.15 – 16.15	4
2025	MARZO	06 -20 -27	14.15 – 16.15	6
2025	APRILE	03	14.15 – 16.15	2
				24 ORE

A queste ore andranno aggiunte quelle che vedranno le Majorettes impegnate in varie manifestazioni alle quali saranno invitate a partecipare.
Si pregano le alunne di consegnare alla docente Giuseppa Ciaramella ed al docente Fabio Maietta l'**autorizzazione** debitamente compilata, firmata dai genitori, codice fiscale e il **certificato medico** (come da allegato) attestante la sana e robusta costituzione **ENTRO IL GIORNO 31 OTTOBRE**

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

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

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

Codice Fiscaleautorizza la propria figlia a partecipare alla

“LEVA MAJORETTES”

Il GIOVEDI’ (come da calendario) dalle 14.15 alle 16.15 presso la palestra della sede di Viale Italia.

Firma dei genitori

**Ministero dell’istruzione, dell’Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per la Campania**

Il dirigente scolastico dell’ istituto _____

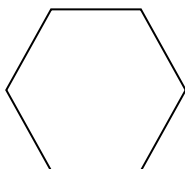
Dichiara che l’alunno/a _____ , nato/a _____

Il _____ , svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà ai “CAMPIONATI
STUDENTESCHI” nelle fasi precedenti quelle nazionali, nelle seguenti specialità _____
_____ nell’ambito di attività extracurricolari

organizzate da codesta Istituzione scolastica e per tale motivo chiede, ai sensi del D.M. 24 aprile 2013

(Pubblicato sulla G.U. n.169 del 20 luglio 2013) e degli Accordi intercorsi con la F.I.M.P. il rilascio di un
certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito
Scolastico.

DATA _____



II DIRIGENTE SCOLASTICO

**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
