



**ISTITUTO COMPRESIVO  
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



English Qualifications

PIANO NAZIONALE  
**SCUOLA digitale**

San Nicola la Strada 24/09/2024

Comunicazione . n.27

Ai genitori Scuola Secondaria  
Alle Alunne  
Al DSGA  
Al sito WEB

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

Anche quest'anno riparte il **PROGETTO SBANDIERATORI, rivolto ai ragazzi e alle ragazze che frequentano il 2<sup>a</sup> ed il 3<sup>a</sup> anno della scuola secondaria.**

Le attività saranno svolte dal giorno 14 NOVEMBRE 2024 nella palestra della Scuola Secondaria sita in Viale Italia, secondo il seguente calendario del corso delle Majorettes.

ANNO	MESE	GIORNO	DALLE /ALLE	TOTALE ORE
2024	NOVEMBRE	14 - 28	14.15 – 15.15	2
2024	DICEMBRE	05 - 12	14.15 – 15.15	2
2025	GENNAIO	16 - 30	14.15 – 15.15	2
2025	FEBBRAIO	20 - 27	14.15 – 15.15	2
2025	MARZO	06 – 20 - 27	14.15 – 15.15	3
2025	APRILE	03	14.15 – 15.15	1
				12 ORE

A queste ore andranno aggiunte quelle che vedranno gli Sbandieratori impegnati in varie manifestazioni alle quali saranno invitati a partecipare.

Si pregano gli alunni di consegnare alla docente Giuseppa Ciaramella e 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 2024**

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

**“LEVA SBANDIERATORI”**

Il GIOVEDI’ (come da calendario) dalle 14.15 alle 15.15 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

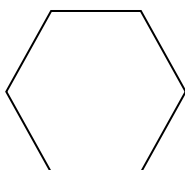
STUDENTESCHI” nelle fasi precedenti quelle nazionali, nelle seguenti specialità \_\_\_\_\_ **DANZA SPORTIVA** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_