



**Istituto Tecnico “Giulio Cesare Falco” - Capua**  
**Settore Tecnologico**

Indirizzi ed Articolazioni:

*Meccanica Meccatronica ed Energia (Meccanica e Meccatronica) - Trasporti e Logistica (Costruzione del mezzo - Conduzione del mezzo)*  
*Chimica, Materiali e Biotecnologie - Elettronica ed Elettrotecnica (Elettronica) - Informatica e Telecomunicazioni (Informatica)*

**“GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI”**

**Domanda di adesione alle attività sportive scolastiche A.S 2016/2017**  
**Al Dirigente Scolastico dell’I.T. “G.C. Falco” CAPUA (CE)**

Il/la sottoscritto/a.....genitore dell’alunno/a.....  
 Nato/a a.....( ) il ....., chiede che suo figlio/a, frequentante la classe.....sez..... di questo Istituto, partecipi alle attività sportive scolastiche previste dalla scuola in orario pomeridiano per il tempo necessario allo svolgimento della specialità prevista in cui lo stesso è impegnato, presso la sede di Capua.  
 Lo scrivente è consapevole che l’uscita dalla scuola, in funzione del termine delle attività previste dai tempi di gioco, potrà avvenire nei giorni di Lunedì , Martedì , Giovedì e Venerdì: dalle ore 14.30 o alle ore 16.30.  
 Gli insegnanti di Scienze Motorie e Sportive che prepareranno e assisteranno gli allievi partecipanti sono: la Prof.ssa Silvana Delle Site, il Prof. Angelo Inella, la Prof.ssa Gianna Troiano ed il Prof. Luigi Ventriglia.  
 Per gli alunni del triennio sia la frequenza dei corsi e dei progetti, che la partecipazione alle gare dei G.S.S. daranno diritto all’attribuzione del punteggio del Credito scolastico o di valutazione di merito.  
 Si esonera l’istituto da qualsiasi responsabilità fatta salvo la copertura assicurativa.  
 Allega alla presente copia documento.

Data.....

Firma del genitore o di chi ne fa le veci

.....

**AL MEDICO DI FAMIGLIA**

Oggetto: Richiesta certificato di idoneità alla pratica sportiva scolastica non agonistica.  
 Sulla base della normativa vigente, supplemento ordinario G.U. del 23/01/02, sede generale n°19 allegato 2°, si richiede alla S.V. il rilascio gratuito del certificato di idoneità sportiva non agonistica per l’alunno sopra indicato frequentante questo Istituto.

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
**(Prof. Paolo Tutore)**

**CERTIFICAZIONE SANITARIA DEL MEDICO DI BASE**

Idoneità all’attività non agonistica (D.M. 28/02/1983)

Cognome..... Nome ..... Nato/a .....( ) Il .....  
 Residente a ..... In via .....  
 Numero iscrizione al servizio sanitario nazionale .....

**SI CERTIFICA**

Che il soggetto, suddetto, sulla base della visita medica da me effettuata risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.  
 Il presente certificato, redatto ai sensi del D.M. 28/02/83, ha validità annuale dalla data del rilascio

Capua, lì .....

**IL MEDICO**  
**(firma e timbro)**