RICHIESTA PER PARTECIPAZIONE ALLA ATTIVITA’ SPORTIVA SCOLASTICA PER IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA’ MEDICA

Ai sensi L.n. 98/2013

 Al Dirigente Scolastico

 IIS Geymonat

 Tradate

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ genitore dell’alunno/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_iscritto/a per il corrente a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

all’Istituto “L. Geymonat” – Tradate (Va)

Chiede

* che il/la proprio/a figlio/a venga ammesso/a a partecipare alle attività parascolastiche e complementari di avviamento alla pratica sportiva, promosse e organizzate dalla scuola;
* che sia compilata l’attestazione in calce riportata per sottoporre il/la figlio/a a visita medica per il rilascio del prescritto certificato di idoneità alla pratica non agonistica di cui alla L. n. 98/2013.

Tradate, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ firma del genitore

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

I.I.S. “L. Geymonat”

Via A. Gramsci 1

21049 Tradate (Va)

Tel. 0331842371

e-mail: info@isissgeymonat.va.it

Si attesta che questo Istituto ha deliberato, nell’ambito del proprio PTOF, l’attività parascolastica e complementare di avviamento alla pratica sportiva per la quale è stata presentata istanza di partecipazione per lo/la studente/ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tradate, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Tatiana Galli

 *Dirigente Scolastico*