



Ministero  
dell'Istruzione  
e del Merito

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE  
"AUGUSTA BAGIENNORUM"  
BENE VAGIENNA  
Viale Rimembranza, 2  
12041 BENE VAGIENNA CN  
C.F. 92013930042  
Tel.0172 654118- 654301\_  
segreteria@icbenevagienna.edu.it  
cnic80700n@istruzione.it  
cnic80700n@pec.istruzione.it



We prepare for  
**Cambridge**  
English Qualifications

## AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' MOTORIA E GARE SPORTIVE

Alla cortese attenzione dei genitori.

Le attività ludico – ricreative – ginnico – formative e non competitive, proposte dal nostro Istituto non necessitano della presentazione di certificato medico di idoneità da parte dei partecipanti. Vi sono però alcuni casi di patologie, quali ad esempio l'asma, i disturbi cardiaci, l'ernia, ecc., ove sarebbe utile una valutazione specifica.

Nell'interesse della tutela della salute degli alunni, si chiede cortesemente di compilare il modello riportato.

**Solo nel caso in cui venga dichiarata la presenza di patologie, sarà richiesto per la frequenza alle attività di farvi rilasciare dal pediatra o medico di vostra fiducia, un certificato attestante l'idoneità di Vostro/a figlio/a alla pratica sportiva non agonistica.**

Tale certificato è a pagamento. In caso di rifiuto della famiglia a produrre il certificato, l'alunno non potrà frequentare il corso o partecipare a gare sportive.

Il Dirigente Scolastico  
(Prof.ssa Lorella SARTIRANO)

AL DIRIGENTE SCOLASTICO  
ISTITUTO COMPRENSIVO "Augusta Bagiennorum" di Bene Vagienna

\_I\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_

\_I\_ sottoscritto/a \_\_\_\_\_

genitori dell'alunno/a \_\_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_\_, sezione \_\_\_\_\_, della Scuola \_\_\_\_\_

plesso di \_\_\_\_\_

### DICHIARANO

- di non essere a conoscenza che il proprio figlio/a sia affetto da patologie che possano ostacolare la partecipazione all'attività motoria e a gare sportive durante l'anno scolastico
- che il proprio figlio/a non è affetto da patologie che possano ostacolare la partecipazione all'attività motoria e a gare sportive
- che sottoporranno il proprio/a figlio/a a valutazione medica da far pervenire a scuola.
- di dare, letta l'informativa sull'area Privacy del sito della scuola, il consenso al trattamento dei dati personali esclusivamente per le finalità indicate nella qui presente dichiarazione.

Firma dei genitori o di chi esercita la patria potestà

1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_