

## CIRCOLARE N.247

LICEO SCIENTIFICO E LICEO  
DELLE SCIENZE UMANE  
"R.POLITI" - AGRIGENTO  
Prot. 0021407 del 21/12/2024  
I (Uscita)

**AGLI ALUNNI  
AI GENITORI (tramite portale Argo)  
ALLA DSGA  
AI SITO WEB**

**OGGETTO: AVVIAMENTO CENTRO SPORTIVO SCOLASTICO**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

**COMUNICA**

che a decorrere dal 13/01/2025 avrà inizio l'attività sportiva del Centro Sportivo Scolastico per gli alunni che presenteranno la relativa richiesta corredata dai seguenti allegati:

- All.1 **Autorizzazione** firmata da uno dei genitori
- All.2 **Modulo di richiesta Certificazione medica** che attesta l'idoneità alla pratica sportiva non agonistica

Le attività si svolgeranno presumibilmente presso: **la palestra scoperta della sede di via Acrone, la palestra coperta della sede di via Madonna delle Rocche** e presso **strutture sportive, di altri Licei o Istituti Comprensivi di Agrigento, da individuare** (che verranno tempestivamente comunicate). Gli allenamenti saranno organizzati e gestiti dai docenti di Scienze motorie e sportive prof.ssa Brucculeri L., prof.ssa Maria Nasonte M., prof.ssa Miccichè R., prof. Lentini S., prof.ssa Pennica C. e prof. Milisenda B.

**Gli alunni confermeranno l'iscrizione ai tornei compilando l'apposita modulistica**

**Modulo di adesione al Centro Sportivo Scolastico nelle ore extracurricolari.**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, genitore dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ della classe \_\_\_\_\_ indirizzo Liceo \_\_\_\_\_

**AUTORIZZA**

il/la proprio/a figlio/a a iscriversi al Centro Sportivo Scolastico A.S. 2024/25 e a partecipare all'attività sportiva, sotto indicata, in orario extracurricolare, che si terrà presumibilmente presso la palestra scoperta del Liceo Scientifico e Scienze Umane "R. Politi" in via Acrone, gli spazi destinati alle attività motorie delle sedi succursali di via Madonna delle Rocche e Via Matteo Cimarra e altre sedi da individuare, secondo il calendario che sarà indicato prossimamente. Per l'atletica leggera gli allenamenti saranno effettuati presso altri licei o istituti comprensivi.

<i>mettere un X nella attività scelta</i>			
<b>ATTIVITA' maschile e femminile</b>		<b>SCELTA</b>	<b>RIVOLTO AD ALUNNI</b>
VI^ EDIZIONE	CAMPIONATO di Istituto di PALLAVOLO per CLASSI misto		Tutte le classi
I EDIZIONE	CAMPIONATO di Istituto di BADMINTON		Tutte le classi
I EDIZIONE	CAMPIONATO di Istituto di TENNIS TAVOLO		Tutte le classi
Allenamenti e tornei per eventuali campionati sportivi studenteschi da confermare a cura dell'USR	ATLETICA LEGGERA CAMPESTRE e su PISTA		CATEGORIA ALLIEVI per i nati nel 2008-2009-2010-2011
	PALLAVOLO		
	BADMINTON		
	TENNIS TAVOLO		
	BEACH VOLLEY		
	TENNIS	X	
	PALLAMANO		
	CALCIO A 5		
	PALLACANESTRO		
SCACCHI			

**Si allega:**

◇ **Certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica in ambito scolastico per la partecipazione al Centro Sportivo Scolastico IN ORIGINALE**

**Oppure**

◇ **Certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica in ambito scolastico per la partecipazione al Centro Sportivo Scolastico in COPIA FOTOSTATICA**

In caso di copia fotostatica sottoscrivere la seguente dichiarazione:

**AUTOCERTIFICAZIONE**

*(Art. 46 D.P.R. 445/2000)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ genitore dell'alunno \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ Liceo R. Politi Agrigento

consapevole che chiunque rilascia dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000

**DICHIARA**

sotto la propria responsabilità che l'originale del certificato di idoneità, allegato alla presente, per attività sportiva non agonistica, si trova depositato presso \_\_\_\_\_

Si allega copia documento di identità del genitore

Agrigento \_\_\_\_\_

Firma del genitore

L'attività del centro sportivo verrà sospesa per cause atmosferiche o impegni scolastici dei docenti previa tempestiva comunicazione.

Agrigento \_\_\_\_\_

**Firma del genitore** \_\_\_\_\_

CELLULARE dell'alunno..... CELLULARE del genitore.....

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO**

SCUOLA/ISTITUTO:  
LICEO SCIENTIFICO E LICEO DELLE SCIENZE UMANE  
"R. POLITI"

Via Acrone n. 12 – 92100 AGRIGENTO - Tel. / Fax 0922 20535  
E-Mail: agpm03000a@istruzione.it / PEC agpm03000a@pec.istruzione.it - C.F. 80003890847

Ai sensi del decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 – allegato H

La sottoscritta ...SANTA FERRANTELLI..... nella sua qualità di legale rappresentante della Scuola/Istituto LICEO SCIENTIFICO E LICEO DELLE SCIENZE UMANE "R. POLITI"

chiede che l'alunno.....

nato il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a:

1. ATTIVITA' PARASCOLASTICHE: intese come attività fisico sportive inserite nel PTOF e quelle previste dai progetti del PNRR, svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.
2. CAMPIONATI STUDENTESCHI: nelle fasi successive alle selezioni di Istituto (barrare la casella che interessa)

Data.....



DIRIGENTE SCOLASTICO (timbro e firma autografa)  
Prof.ssa Santa Ferrantelli

**Modulo rilascio certificato**

di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico  
(D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. all. H)

Istituto: LICEO SCIENTIFICO E LICEO DELLE SCIENZE UMANE "R. POLITI"

Studente .....

Nata/o a ..... il .....

residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G. eseguito in data ....., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

luogo, ..... data, .....

Dott. ....