ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE-SIANO
Prot. 0004081 del 25/09/2019
(Uscita)

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SIANO VIA PULCINO – 84088 SIANO (SA)
☎ 081/5181021- 081/5181355 – C.F. 95140330655
E mail: **SAIC89800D@ISTRUZIONE.IT** – PEC: **SAIC89800D@PEC.ISTRUZIONE.IT**
www.istitutocomprensivosiano.gov.it

Ai genitori e agli alunni classi prime
Ai Docenti
All'albo

CIRCOLARE N. 28

Oggetto: *Progetto Piscina*

Si comunica ai signori genitori che il progetto di potenziamento dell'area motoria "Nuoto", in orario curricuolare, avrà inizio il 28/10/2019 e si concluderà il 29/05/2020.
La pratica in vasca sarà svolta da esperti esterni "istruttori di nuoto".
Le lezioni avranno cadenza quindicinale secondo il seguente calendario:

- Settimana dal 28/10/2019 Classe 1A - 1B – 1C – 1D

Tutti gli alunni devono possedere il seguente materiale:

1. Borsa sportiva
2. Accappatoio
3. Ciabatte
4. Costume (intero, slip)
5. Cuffia

Si fa presente che la struttura fornisce il seguente materiale:

a) Copri – scarpe per accedere agli sposgliatoi, carta prepagata per azionare le docce e i phon al prezzo di € 3,00 al mese.

Si ricorda a tutte le famiglie che il ritorno a casa, al termine delle lezioni ore 13,25, avverrà direttamente dalla piscina in forma libera e individuale.

N.B. Si autorizza, al termine delle lezioni in piscina, esclusivamente l'eventuale utilizzo o acquisto di bevande non gasate per ovvi motivi alimentari preventivi.
La presente vale come presa visione da parte delle famiglie.

F.to Il Dirigente Scolastico
Prof.Rosario
Pesce Firma autografa
sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, co. 2,
D.L.vo 39/1993

ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI SIANO VIA PULCINO – 84088 SIANO (SA)

Al Sig. Medico curante

dello/a Studente/ssa_____

PROPRIA SEDE

Il sottoscritto Rosario Pesce, Dirigente Scolastico dell'I. C. di Siano,

CHIEDE

alla S.V. il rilascio di un CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE allo/a studente/ssa sopracitato/a per attività sportive non agonistiche.

Siano, _____

F.to Il Dirigente Scolastico
Prof.Rosario Pesce
Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, co. 2, D.L.vo 39/1993

Regione CAMPANIA A.S.L. _____

CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

Cognome _____ Nome _____ nat__ a_____

il _____ residente a _____

Il soggetto, sulla base della visita da me effettuata, dai valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

_____, lì _____

_____
Timbro e firma

Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. di Siano
SIANO

I sottoscritti _____

genitori dell'alunn_____ iscritt__ alla classe___ sez.__

AUTORIZZANO

_I_ propri__ figli__ a partecipare al progetto NUOTO durante l'orario curricolare presso la piscina Comunale di Siano e ad utilizzare, come mezzo di trasporto, il pullmino del Comune.

Data_____ _____
Firma dei genitori