



Ministero dell'Istruzione e del Merito
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE
LUIGI GALVANI

Via F. Gatti, 14 - 20162 Milano

email miis05400x@istruzione.it pec MIIS05400X@PEC.ISTRUZIONE.IT

Tel. 02 6435651/2/3 Cf 02579690153

Circ. n. 86

Milano, 12.11.2024

- Docenti
- Famiglie
- Studentesse/studenti
- Personale ATA
- Sito Istituto
- Registro elettronico

Oggetto: **Corso di pallavolo a.s.2024-25 – Gruppo Sportivo d'Istituto**

Il dipartimento di Scienze Motorie organizza due corsi di pallavolo (base e avanzato) presso la palestra 2 dell'Istituto.

Le lezioni si svolgeranno:

Corso Base: tutti i mercoledì ore 15/17, inizio corso 20.11.2024

Corso Avanzato: tutti i giovedì ore 15/17, inizio corso 21.11.2024

Eventuali spostamenti da un corso all'altro verranno valutati ed effettuati dalla referente del corso, la prof.ssa Claudia Losito, dopo l'inizio delle attività.

É necessario esprimere la propria adesione a: losito.claudia@iisgalvanimi.edu.it indicando il corso al quale si intende partecipare.

Entro **martedì 19.11.2024** ogni studente dovrà consegnare alla prof.ssa Claudia Losito l'autorizzazione allegata e in segreteria didattica il certificato medico di idoneità agonistica/non agonistica in corso di validità.

Il Dirigente Scolastico

Dott. Emanuela M. Germanò

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 2 comma 2 del D. Lgs. 39/1993*

Allegato

- **Autorizzazione**

Al Dirigente Scolastico
I.I.S. "L. Galvani" Milano

AUTORIZZAZIONE CORSO DI PALLAVOLO 2024/25 – Gruppo d'Istituto

STUDENTESSA/STUDENTE _____

CLASSE/SEZ _____ INDIRIZZO DI STUDIO _____

DATA DI NASCITA.....

Io sottoscritto/a _____

genitore tutore

- **Autorizzo** mio figlio/a a partecipare al corso di pallavolo (selezionare la preferenza) che si svolgerà tutti i:

Mercoledì ore 15/17, inizio corso mercoledì 20.11.24 (corso base)

Giovedì ore 15/17, inizio corso giovedì 21.11.24 (corso avanzato)

presso la palestra n. 2 dell'Istituto come da circ. n. 86

Docente referente: prof.ssa Claudia Losito

- **Dichiaro** che mio figlio/a è in possesso di certificato medico per l'attività sportiva agonistica/non agonistica in corso di validità e che lo consegnerò in segreteria didattica.

- **Dichiaro** sotto la mia personale responsabilità che non sussistono pareri contrari da parte di altra persona che esercita la legittima responsabilità genitoriale nei confronti del/la figlio/a in relazione alla presente autorizzazione.

Milano, _____

Firma _____