



Bergamo, 9 aprile 2018

**AI GENITORI DEGLI ALUNNI CHE PARTECIPERANNO  
 AI G.S.S. ATLETICA a.s. 2017.18**

..... cl .....

Circ. CGS 62 2017.18

**Oggetto: GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI 2017.18 – ATLETICA**

Si comunica che la Scuola parteciperà alla Fase Comunale, valida quale prova di qualificazione alla fase distrettuale, dei GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI di **ATLETICA**.

La manifestazione è programmata per il giorno **venerdì 20 aprile 2018** presso il **Centro Sportivo di Via delle Valli** di Bergamo.

In **caso di maltempo** la manifestazione sarà rinviata a lunedì 23 aprile 2018.

Si ricorda che per la partecipazione alle gare è necessario **il certificato medico per attività sportiva non agonistica** (così come descritto dall'art. 3 del Decreto del Ministero della Salute del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis Legge 9 agosto n.98 di conversione del D.L n. 69/2013 e dalle Linee Guida emanate dal Ministro della Salute in data 8 agosto 2014) o **certificato medico per attività sportiva agonistica**.

Si raccomanda di portare l'abbigliamento opportuno (tuta, pantaloncini, K-way, scarpe di ricambio), acqua e merenda.

L'uscita da scuola per la partenza è prevista per le ore 8.00 e il rientro presso la Scuola per le ore 13.15 c.a. per il pranzo e la regolare prosecuzione della attività didattica.

Il costo - salvo variazioni del numero di partecipanti - è di **euro 3,00**; in caso di assenza (si chiede di avvisare telefonicamente entro le ore 7.50) non sarà possibile rimborsare la quota versata.

Si chiede di portare l'autorizzazione tassativamente **entro martedì 17 aprile 2018**.

Cordiali saluti.

Il Coordinatore delle attività didattiche (Prof. Giovanni Quartini)

✂ -----

**GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI a.s. 2017.18** **ATLETICA venerdì 20 aprile 2018**  
 Rinviata a lunedì 23 aprile 2018 in caso di maltempo

Il/la sottoscritto/a .....  
 genitore dell'alunno/a ..... classe ..... sez. ....

Acconsente e versa **€ 3,00**  Non acconsente

alla partecipazione del/la proprio/a figlio/a ai GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI – ATLETICA presso il **Centro Sportivo di Via delle Valli** di Bergamo.

Dichiara di aver consegnato all'insegnante copia del certificato medico richiesto.

Bergamo ..... (firma) .....