

Oggetto: Liberatoria per lo svolgimento di attività motoria dell'alunno/a _____

Pur nella consapevolezza della non obbligatorietà delle certificazioni mediche, attestanti l' idoneità allo svolgimento di attività non agonistiche, in considerazione dell'età e dell'intensa partecipazione emotiva,

I sottoscritti (COMPILARE IN STAMPATELLO):

_____ nato a _____ il _____
(COGNOME e NOME del padre/tutore legale/affidatario)

_____ nata a _____ il _____
(COGNOME e NOME della madre/tutore legale/affidataria)

in qualità di genitori (o esercenti la patria potestà genitoriale) dell'alunno/a _____
(COGNOME e NOME)

nato/a a _____, il _____ iscritto/a per l'a.s. _____

alla Scuola dell'infanzia Scuola Primaria Scuola Secondaria di I grado del plesso di _____,
alla classe _____ sez. _____,

conformemente alle disposizioni in materia di autocertificazione e consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilasci dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, ai sensi del DPR 445/2000,

DICHIARANO CHE

per il/la proprio/a figlio/a non ci sono motivi di salute che possano compromettere il regolare svolgimento dell'attività motoria, pertanto

DICHIARANO CHE

il proprio/a figlio/a può regolarmente svolgere l'attività motoria prevista per le lezioni di Educazione Fisica. Tenuto presente che gli alunni sono coperti da specifica assicurazione, i sottoscritti sollevano la scuola e il docente da qualsiasi tipo di responsabilità che non rientri nell'obbligo della normale vigilanza e assistenza degli alunni.

Nel caso in cui per motivi di salute un alunno non possa svolgere l'attività motoria, totalmente o parzialmente, i sottoscritti genitori segnaleranno in via del tutto riservata, eventuali problemi di salute o momentanei stati di difficoltà, al fine di prevenire disagi e malori dei propri figli, durante le attività ginniche e motorie in genere, compilando in maniera tempestiva l'allegato che segue, consegnandolo al docente di scienze motorie della classe.

Dichiarano di essere consapevoli che la presente dichiarazione ha validità per l'intero ciclo scolastico cui si riferisce l'iscrizione dell'alunno/a (scuola dell'infanzia, primaria o secondaria di I grado) e resta efficace fino a eventuali variazioni dei dati o delle condizioni dichiarate, in particolare quelle relative allo stato di salute, che comportino la necessità di un aggiornamento, ovvero al passaggio a un diverso ciclo scolastico.

Firme congiunte dei genitori

(firma per esteso e leggibile)

La firma in calce non deve essere autenticata. La **dichiarazione** sottoscritta dagli interessati va corredata dalla fotocopia, non autenticata, di un documento di identità dei dichiaranti.

NEL CASO IN CUI LA DICHIARAZIONE SIA FORMULATA E SOTTOSCRITTA DA UNO SOLO DEI GENITORI

Ai sensi e per gli effetti del D.P.R. 445/2000 e s.m.i., consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci, **dichiaro sotto la mia personale responsabilità:**

di esprimere anche la volontà dell'altro genitore che esercita la potestà genitoriale dell'alunno/a, il quale conosce, condivide ed autorizza le scelte esplicitate attraverso la presente dichiarazione.

Firma (leggibile) _____

di essere l'unico genitore esercente la potestà genitoriale dell'alunno/a.

Firma (leggibile) _____

Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs n. 196/2003:

I dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso. Ai sensi dell'art. 7 del d.lgs n. 196/2003 l'interessato potrà accedere ai dati che lo riguardano chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendone gli estremi la cancellazione o il blocco.

DOMANDA DI ESONERO DALLE LEZIONI DI SCIENZE MOTORIE

Al Dirigente Scolastico I.C Corropoli
Colonnella Controguera

__1__ sottoscritt__ _____ genitori dell' alunno/a
_____ della Scuola Primaria/Secondaria di
_____ classe _____ chiedono l'esonero dalle lezioni di educazione fisica con durata:

- PARZIALE (il medico deve specificare quali attività o esercizi l'alunno/a NON può eseguire e per quanto tempo) dal _____ al _____ = gg. _____ (data del certificato, comprese domeniche e festività);
- TOTALE (l'alunno/a non può svolgere alcuna attività fisica ed il medico deve specificare per quanto tempo)
- per l'intero anno scolastico o
 - a partire dal _____ al _____.

L'esonero ha validità esclusivamente per il periodo indicato nel certificato medico allegato e perde efficacia al termine dello stesso o in caso di variazione delle condizioni di salute dell'alunno/a, che dovrà essere tempestivamente comunicata alla scuola con nuova documentazione medica.

Data _____

firma di entrambi i genitori/tutori

Informativa ai sensi dell'art. 13 del d.lgs n. 196/2003:

I dati acquisiti saranno utilizzati esclusivamente per il procedimento amministrativo in corso. Ai sensi dell'art. 7 del d.lgs n. 196/2003 l'interessato potrà accedere ai dati che lo riguardano chiedendone la correzione, l'integrazione e ricorrendone gli estremi la cancellazione o il blocco.

=====

PARTE RISERVATA ALL'UFFICIO

Al docente di Scienze motorie e sportive / ed. fisica _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- ✓ Viste la Legge n. 88 del 07/02/1958 e la Circ. n. 216 del 17/07/1987 del M.P.I. ISPETT. EDUCAZ. FISICA E SPORT;
- ✓ Viste l'istanza sopra riportata e la certificazione medica, volte ad ottenere l'esonero dalle lezioni di scienze motorie/ed. fisica;

CONCEDE

all' alunn__ sopra citato l'esonero richiesto a partire dal _____ data del certificato medico.