



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI MEDICINA

Via Gramsci, 2/A - 40059 MEDICINA (BO)
Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005 – C.U.: UFS0AF
Tel. 051 6970595 - Fax 051 6970596
Email: BOIC867005@istruzione.it - BOIC867005@pec.istruzione.it
Sito Web: <https://icmedicina.edu.it/>

Ai genitori degli alunni interessati
Scuola sec. di I grado “G. SIMONI” IC di Medicina

OGGETTO: Fase d’Istituto della Prova di “SALTO in ALTO” – 21 maggio 2026.
Modalità e Autorizzazione.

Nell’ambito del progetto “*Scuola e Sport*” svolto con i docenti di Sc.Motorie e Sportive A. Cavallini e A. Vizzini, si informa che, il giorno **giovedì 21 maggio 2026**, si svolgerà la prova di Istituto di “Salto in Alto” per gli alunni delle classi 1°- 2°- 3° della Scuola “Simoni”, precedentemente qualificati, secondo il calendario - orario sotto indicato.

Programma della mattinata:

- ore 7.55 i ragazzi entreranno regolarmente in classe, successivamente dopo l’appello, verranno prelevati dalle aule per recarsi presso la palestra scolastica “G.Simoni” – Medicina;
- ore 8:15 circa usciranno gli alunni/e qualificati/e delle classi terze;
- ore 10:00 circa usciranno gli alunni/e qualificati/e delle classi seconde;
- ore 11:45 circa usciranno gli alunni/e qualificati/e delle classi prime

La gara coinvolgerà esclusivamente gli alunni qualificati durante le prove svolte in classe in orario scolastico.

Materiale da portare:

Abbigliamento sportivo adeguato (scarpe da ginnastica, pantaloncini, maglietta).

Cordiali saluti.

I docenti di Scienze Motorie e Sportive

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Paolo Castellana

----- ✂ -----

I sottoscritti genitori/tutori dell'alunno/a
..... frequentante la classe _____ Scuola “G.Simoni”

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a partecipare all’attività sportiva – prova di **salto in alto**, fase d’Istituto di atletica, programmata per la giornata del 21 maggio 2026, consentendo altresì ai docenti di prelevarlo/a dall’aula per lo svolgimento della stessa, secondo le modalità indicate nella comunicazione prot. n. 6007.

Medicina, li _____

Firma _____

Firma _____

In alternativa:

Il sottoscritto _____, 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, dichiara di aver rilasciato la predetta autorizzazione in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 *quater* del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

Medicina, _____

FIRMA DEL GENITORE
