



ISTITUTO COMPRESIVO STATALE DI MEDICINA

Via Gramsci, 2/A 40059 MEDICINA (BO) - Codice fiscale 80071270377 – Cod. Mecc. BOIC867005
Email: boic867005@pec.istruzione.it - segreteria@icmedicina.istruzione.it
Tel. 051 6970595 - Fax 051 6970596
Sito Web: www.icmedicina.edu.it

Ai genitori degli/delle alunni/e
Scuola sec. di I grado
dell'I.C. di Medicina

Oggetto: AUTORIZZAZIONE per partecipazione prova di Velocità **25 maggio 2026.**

Nell'ambito del progetto "*Scuola e Sport*" svolto con i docenti di Sc. Motorie e Sportive, si comunica che nella giornata del **25 maggio 2026**, dalle ore 9 alle ore 11 circa, si svolgerà la "prova di Velocità" prevista nella fase d'Istituto di atletica, per gli alunni della Scuola "G. Simoni", precedentemente qualificati.

Pertanto i genitori degli alunni che parteciperanno devono compilare e restituire all'ins. il seguente tagliando.

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 velocità, fase d'Istituto di atletica, programmata per la giornata del 25 maggio 2026, consentendo altresì ai docenti di prelevarlo/a dall'aula per lo svolgimento della stessa, secondo le modalità indicate nella comunicazione.

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
