



**MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

LICEO STATALE "FARNESINA"
SEZIONE SCIENTIFICA - SEZIONE MUSICALE

Sede centrale: Via dei Giuochi Istmici, 64 - 00135 Roma - Tel.06/121127045

Sede succursale: Via B. Gosio, 90 - 00191 Roma - Tel.06/121124705

Sede succursale: Via dei Robilant, 7 - 00135 Roma - Tel.06/121124645-06/33221715

Distretto Scolastico 28° - Cod. Mecc.RMPS49000C - Cod. Fisc. 05723890587 rmps49000c@istruzione.it - rmps49000c@pec.istruzione.it -
www.liceofarnesina.edu.it

CIRCOLARE n. 220

Agli studenti

Ai docenti

Alle famiglie

Al DSGA

Al sito

Oggetto: Centro Sportivo Scolastico- Gruppo Sportivo- Giochi Sportivi Studenteschi

Si comunica che, anche per l'anno scolastico 2024-2025, sono state deliberate dal Collegio dei Docenti (delibera n. 6 del 25/09/2024) le seguenti attività del Gruppo Sportivo Scolastico per la preparazione ai Giochi Sportivi Studenteschi di:

- **Pallavolo:** allenamenti, Torneo Volley Scuola, torneo interclasse;
 - responsabili: proff.ri, Sbezzi, Bellucci, Ricci;
- **Pallacanestro:** allenamenti, torneo interclasse tre contro tre, campionati studenteschi;
 - responsabili: proff.ri Ricci, Sbezzi, Bellucci;
- **Tennis Tavolo:** allenamenti, torneo e campionati studenteschi;
 - responsabili: proff.ri Bellucci, Sbezzi, Ricci;
- **Il Progetto di Miguel:** Mille di Miguel, corsa di Miguel, Strantrazzismo, incontri/seminari, allenamenti, gare;
 - responsabili: proff.ri Bellucci, Sbezzi, Ricci.

Le attività del Gruppo sportivo avranno **inizio 27/01/2025** e si svolgeranno nella **palestra della sede Centrale** nei seguenti giorni:

- **Lunedì** dalle 14.15 alle 16.15 **Pallavolo** (Prof.ssa Sbezzi)
- **Martedì** dalle 14.15 alle 16.15 **Tennistavolo** (Prof. Bellucci)
- **Mercoledì** dalle 14.00 alle 16.00 **Pallacanestro e pallavolo** (Prof. Ricci)
- **Giovedì e Venerdì** per gare e/o recuperi.

Si ricorda che la **partecipazione è libera e gratuita** ed è riservata agli alunni regolarmente iscritti e frequentanti il nostro Istituto e potrà concorrere, per gli alunni del triennio, all'attribuzione del **credito scolastico**.

Si precisa che per l'iscrizione sono necessari, **già dal primo incontro**, i seguenti documenti:

1. **certificato di idoneità sportiva non agonistica** rilasciato dal proprio medico di base (**modulo B in allegato**: per la richiesta del certificato medico gratuito) **o copia** certificato di idoneità agonistica valido;
2. **autorizzazione** da parte delle famiglie a partecipare alle attività proposte (**modulo A in allegato**).

Si informa che le suddette attività verranno realizzate solo in presenza di un numero congruo di adesioni e si svolgeranno presso:

- 1) la palestra della sede centrale, in via dei Giochi Istmici 64 (pallavolo/basket/tennis tavolo, corsa);
- 2) zona del Foro Italico [il Mille di Miguel e la Corsa di Miguel];
- 3) palestre di altre scuole per le gare.

Potranno essere previsti allenamenti/partite amichevoli con altri Licei.

L'organizzazione e la preparazione alle gare può essere svolta da tutti i docenti del Dipartimento di Scienze Motorie.

Roma, 22 gennaio 2025

il Dirigente Scolastico
dott.ssa Tiziana Sallusti
(firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, co. 2, D.lgs. 39/93)

Modulo A

Modulo di autorizzazione

Compilare e riconsegnare ai referenti del Progetto

AUTORIZZAZIONE ALLA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' DEL Centro Sportivo Scolastico – Gruppo Sportivo/Giochi Sportivi Studenteschi

Io sottoscritto genitore

esercitante la patria potestà genitoriale dell'alunno/a.....

della classe sez..... nato a..... il.....

AUTORIZZO mio/a figlio/a a partecipare ad **una o più** delle seguenti attività sportive scolastiche
(barrare con una crocetta X):

- ☐ **PALLAVOLO** (torneo di Istituto e/o allenamenti e/o torneo Volley Scuola)
- ☐ **PALLACANESTRO**
- ☐ **PROGETTO MIGUEL** (Mille di Miguel, Corsa di Miguel, Stranirazzismo)
- ☐ **TENNIS TAVOLO**

Numero di telefono del GENITORE

Numero di telefono dell'alunno.....

Nel presente modulo sono raccolti dati personali nel rispetto di quanto disposto dal Regolamento Europeo 2016/679. Tutte le informazioni sul trattamento dei tuoi dati da parte della scuola e le modalità per l'esercizio dei tuoi diritti è disponibile al link <https://www.liceofarnesina.edu.it/privacy/>

DICHIARO, dopo aver preso atto della Informativa sul trattamento dei dati personali dei dipendenti, resa in base all'artt. 13 e 14 del Regolamento Europeo 2016/679, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e di **voler conferire** al **Liceo Statale Farnesina**, Titolare del trattamento, i dati richiesti inerenti mio/a figlio/a che verranno trattati dal personale della scuola SOLO nell'ambito delle finalità istituzionali, che sono quelle relative all'istruzione ed alla formazione degli alunni e quelle amministrative ad esse strumentali, così come definite dalla normativa vigente.

Il sottoscritto dichiara di effettuare l'autorizzazione con il consenso dell'altro genitore e in osservanza delle norme del codice civile in materia di condivisione della responsabilità genitoriale con il secondo genitore (Art. 316 e seguenti cc.).

Roma ,.....

Firma del genitore che esercita la patria potestà



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE E DEL MERITO
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

LICEO STATALE "FARNESINA"
SEZIONE SCIENTIFICA - SEZIONE MUSICALE

Sede centrale: Via dei Giuochi Istmici, 64 - 00135 Roma - Tel.06/121127045

Sede succursale: Via B. Gosio, 90 - 00191 Roma - Tel.06/121124705

Sede succursale: Via dei Robilant, 7 - 00135 Roma - Tel.06/121124645-06/33221715

Distretto Scolastico 28° - Cod. Mecc.RMPS49000C - Cod. Fisc. 05723890587 rmps49000c@istruzione.it - rmps49000c@pec.istruzione.it -
www.liceofarnesina.edu.it

Modulo B

Gentile Dottore,

La prego voler rilasciare gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83), un certificato di stato di buona salute per il seguente alunno suo assistito:

Cognome.....

Nome..... Classe.....

Nato a il.....

Residente a in via

Si comunica che il presente certificato si rende necessario per l'ingresso a: Campi, Circoli sportivi, Stadi, Palestre convenzionate con il Liceo Farnesina, strutture nelle quali gli studenti svolgono **attività sportiva non agonistica** nell'ambito delle **attività scolastiche, parascolastiche ed extrascolastiche** organizzate da questo Istituto e/o dal M.I.

Distinti saluti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(firma autografa sostituita a mezzo stampa, ex art. 3, co. 2, D.lgs. 39/93)

Io sottoscritto, Medico di base, Dott.

certifico

che Cognome..... Nome..... classe.....sez... Nato

a..... il.....

Residente a in via

Sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di **attività sportive non agonistiche** organizzate dal Liceo Farnesina di Roma e/o dal M.I.U.R nell'ambito delle **attività scolastiche, parascolastiche ed extrascolastiche** presso i campi e/o i circoli sportivi, gli stadi e/o le palestre convenzionate con l'Istituto scolastico Farnesina e in tutti gli altri eventuali campi di allenamento e gara a seconda delle discipline prescelte e praticate dallo studente. ROMA,

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

