



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE "M. MONTESSORI - E. REPETTI"

www.montessori-repetti.edu.it

LICEO LINGUISTICO E LICEO DELLE SCIENZE UMANE "M. MONTESSORI"

Via Lunense 39/b – 54033 Marina di Carrara (MS) Tel 0585 786366 – Fax 0585 630939

LICEO CLASSICO "E. REPETTI"

Viale XX Settembre, 120 - 54033 Carrara- Tel 0585 846348 – Fax 0585 847309

Circolare n.94

Carrara, 30-10-2024

Agli alunni e famiglie
del Liceo delle Scienze Umane e del Liceo Classico
Al personale docente
Al DSGA
Al personale ATA

OGGETTO: CENTRO SPORTIVO SCOLASTICO A.S. 2024/2025 TORNEO DI PALLAVOLO

Si informa che da lunedì 11 novembre 2024 nell'ambito delle attività del Centro Sportivo Scolastico, inizieranno:

- il torneo di pallavolo interno alle classi del Liceo Repetti, organizzato dalla Prof.ssa Valeria Del Medico
- il torneo di pallavolo fra le classi del Liceo delle Scienze Umane con sede in viale XX Settembre organizzato dalla prof.ssa Puliti Laura e dalla prof.ssa Caleo
- Il torneo fra le classi del Liceo delle Scienze Umane con sede in via M.Polo, curato dalle Prof.sse Caleo, Puliti e dal prof. Marsili A.

I tornei prevedono:

tre gironi per la sede del Repetti:

- classi del triennio Repetti (3A,3B,3C,4A,4B,5A)
- classi del biennio del Repetti (1A, 1B, 2A, 2B)
- classi delle Scienze Umane ubicate nel viale XX Settembre (4B,5B, 3C BS, 5C BS, 3E,4E)

due gironi per la sede di via Marco Polo

- classi del Triennio (3ALES,3B,3C,3D,4C,4D,5D e 5E)
- classi del Biennio (2ALES,2B,2C,2D,1ALES,1B,1C,1D,1E)

I tornei si svolgeranno secondo i calendari che verranno affissi nelle bacheche delle palestre. Le partite inizieranno dalle classi del triennio (svolgimento nel trimestre), a seguire il biennio (nel pentamestre).

Le partite si svolgeranno in orario mattutino (compresa l'ora dalle 13.00 alle 14.00), previa disponibilità dei docenti del consiglio di classe in orario.

Si ricorda a tutti gli alunni (per chi non lo avesse ancora fatto) che per partecipare è obbligatorio consegnare alla propria insegnante di scienze motorie i seguenti documenti:



ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE “M. MONTESSORI - E. REPETTI”

www.montessori-repetti.edu.it

LICEO LINGUISTICO E LICEO DELLE SCIENZE UMANE “M. MONTESSORI”

Via Lunense 39/b – 54033 Marina di Carrara (MS) Tel 0585 786366 – Fax 0585 630939

LICEO CLASSICO “E. REPETTI”

Viale XX Settembre, 120 - 54033 Carrara- Tel 0585 846348 – Fax 0585 847309

- 1) **MODULO DI ISCRIZIONE** debitamente compilato e firmato dal genitore.
- 2) copia del **CERTIFICATO DI ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA**, in corso di validità rilasciato dal proprio medico oppure (per chi pratica uno sport agonistico), della copia (sulla quale dovrà essere apposta la dichiarazione di conformità all'originale firmata da un genitore), del **CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA AGONISTICA**, depositato presso la società sportiva di appartenenza, in corso di validità;

Per qualsiasi informazione e chiarimento rivolgersi al proprio docente di scienze motorie.

Si allegano i moduli necessari per l'iscrizione e per il rilascio del certificato medico.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Elsa Daniela Novelli

I.I.S. M. MONTESSORI E. REPETTI	AUTORIZZAZIONE ATTIVITA' CENTRO SPORTIVO SCOLASTICO	MOD 16.38 REV.00 MARZO 15 Pag.1 di 1
--	--	---

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE "M. MONTESSORI - E. REPETTI"

www.montessori-repetti.edu.it

LICEO LINGUISTICO E LICEO DELLE SCIENZE UMANE "M. MONTESSORI"

Via Lunense 39/b – 54033 Marina di Carrara (MS) Tel 0585 786366 – Fax 0585 630939

LICEO CLASSICO "E. REPETTI"

Viale XX Settembre, 120 - 54033 Carrara- Tel 0585 846348 – Fax 0585 847309

Al Dirigente Scolastico

Il/la sottoscritto/a _____, genitore dello
 studente/ssa _____ frequentante la classe _____ sez. _____ del
 Liceo _____ autorizza il /la proprio/a figlio/a a partecipare alle attività Centro
 Sportivo Scolastico che potranno svolgersi in orario pomeridiano dalle.....
 alle.....c/o _____

Esonera l'IIS "M. Montessori – E. Repetti" da ogni responsabilità correlata a
 comportamenti del/la proprio/a figlio/a scorretti o non rispondenti alle indicazioni fornite
 dal Personale accompagnatore .

Data _____

Firma _____

I.I.S. M. MONTESSORI – E. REPETTI	RICHIESTA VISITA MEDICO- SPORTIVA PER IDONEITA’ ATTIVITA’ SPORTIVA NON AGONISTICA	MOD 16.51 REV.00 NOV. 16 Pag.1 di 1
--	--	--

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE “M. MONTESSORI - E. REPETTI”
www.montessori-repetti.edu.it

LICEO LINGUISTICO E LICEO DELLE SCIENZE UMANE “M. MONTESSORI” Via Lunense 39/b – 54033 Marina di Carrara (MS) Tel 0585 786366 – Fax 0585 630939 LICEO CLASSICO “E. REPETTI” Viale XX Settembre, 120 – 54033 Carrara – Tel 0585 846348 – Fax 0585 847309
--

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA
PER L’IDONEITA’ ALL’ATTIVITA’ SPORTIVA NON AGONISTICA.
(D.L. 31.8.2013 convertito L. 30.10.2013 n° 125)

L'ISTITUTO.....

C H I E D E

per il proprio allievo

nato a il

residente a Via

ammesso a partecipare alle attività sportive non agonistiche per le:

- attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici in ambito parascolastico, svolte in orario extracurricolare, con partecipazione attiva dell'insegnante (avviamento alla pratica sportiva - CSS);
- fasi locali dei Giochi Sportivi Studenteschi successivi la fase di Istituto e precedenti la fase Nazionale;
- a manifestazioni Sportive organizzate da enti pubblici o privati, nell'ambito di quanto programmato nel POF;

visita medico sportiva e rilascio dell’attestato di idoneità alla pratica sportiva NON AGONISTICA, a norma del D.L. 31.8.2013 convertito L. 30.10.2013 n° 125.

Data

Timbro Scuola

Firma Dirigente Scolastico

I.I.S. M. MONTESSORI – E. REPETTI	RICHIESTA VISITA MEDICO- SPORTIVA PER IDONEITA’ ATTIVITA’ SPORTIVA NON AGONISTICA	MOD 16.51 REV.00 NOV. 16 Pag.1 di 1
--	--	--

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE STATALE “M. MONTESSORI - E. REPETTI”
www.montessori-repetti.edu.it

LICEO LINGUISTICO E LICEO DELLE SCIENZE UMANE “M. MONTESSORI” Via Lunense 39/b – 54033 Marina di Carrara (MS) Tel 0585 786366 – Fax 0585 630939 LICEO CLASSICO “E. REPETTI” Viale XX Settembre, 120 – 54033 Carrara – Tel 0585 846348 – Fax 0585 847309
--

.....

Allegato 1

REGIONE TOSCANA - A.S.L.

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome Nome

nato a il

residente a n° iscrizione al S.S.N.

Il soggetto, 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.

Il presente certificato ha annuale dalla data del rilascio.

..... Il

Il medico
(timbro e firma)

Il presente certificato è valido esclusivamente in copia originale e per esclusivo uso scolastico.