

**AUTORIZZAZIONE SELEZIONE di PALLAVOLO GRUPPO SPORTIVO 2017/18
I.I.S. L. GALVANI**

Il sottoscritto.....

genitore dell'alunno/a..... anno di nascita.....

della classe dell'I.I.S. L. Galvani,

AUTORIZZA

il figlio/a a partecipare alla selezione di Pallavolo per la formazione della squadra rappresentativa d'Istituto che si terrà dalle ore 14.15 alle ore 16.15 presso le palestre dell'Istituto nei giorni di

- Martedì 27/02/2018, palestra 1
- Venerdì 02/03/2018, palestra 2

(segnare con una x il/i giorno di presenza).

Dichiara che lo studente è in possesso di certificato medico di idoneità sportiva non agonistica/agonistica di validità annuale.

Docenti presenti: M.A. Marcioni e L. Altamura

DATA.....

FIRMA.....