



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE  
**LUIGI GALVANI**

Via F. Gatti, 14 - 20162 Milano

email [miis05400x@istruzione.it](mailto:miis05400x@istruzione.it) pec [MIIS05400X@PEC.ISTRUZIONE.IT](mailto:MIIS05400X@PEC.ISTRUZIONE.IT)

Tel. 02 6435651/2/3 Cf 02579690153

Circ. n **68**

Milano, 19.10.2023

- Docenti
- Famiglie
- Student\*
- Sito Istituto

Oggetto: **Corso di pallavolo a.s. 2023-24 – Gruppo Sportivo d'Istituto**

Il dipartimento di Scienze Motorie organizza due corsi di pallavolo (base e avanzato) presso la palestra 2 dell'Istituto.

Le lezioni si svolgeranno:

**Corso Base:** tutti i mercoledì ore 15,15/17, inizio corso 8.11.2023

**Corso Avanzato:** tutti i giovedì ore 15,15/17, inizio corso 9.11.2023

Eventuali spostamenti da un corso all'altro verranno valutati ed effettuati dalla referente del corso, la prof.ssa Claudia Losito, dopo l'inizio delle attività.

Entro giovedì 26.10.2023 è necessario esprimere la propria adesione a: [losito.claudia@iisgalvanimi.edu.it](mailto:losito.claudia@iisgalvanimi.edu.it) indicando il corso al quale si intende partecipare.

Entro venerdì 27.10.2023 ogni studente dovrà consegnare alla prof.ssa Claudia Losito l'autorizzazione allegata e il certificato medico di idoneità agonistica/non agonistica in corso di validità.

Il Dirigente Scolastico  
Dott. Emanuela M. Germanò  
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D. Lgs. 39/1993*

**Allegato**

- **Autorizzazione**

Al Dirigente Scolastico  
I.I.S. "L. Galvani" Milano

**AUTORIZZAZIONE CORSO DI PALLAVOLO 2023/24 – Gruppo d'Istituto**

STUDENT ..... CLASSE/SEZ.....

INDIRIZZO DI STUDIO .....

DATA DI NASCITA.....

Io sottoscritt .....

genitore • tutore •

- **Autorizzo** mio figlio/a a partecipare al corso di pallavolo che si svolgerà tutti i:

• **Mercoledì ore 15,15/17, inizio corso mercoledì 8.11.23 (corso base)**

• **Giovedì ore 15,15/17, inizio corso giovedì 9.11.23 (corso avanzato)**

presso la palestra n. 2 dell'Istituto come da circ. n. \_\_\_\_\_

Docente referente: prof.ssa Claudia Losito

- **Dichiaro** che mio figlio è in possesso di certificato medico per l'attività sportiva agonistica/non agonistica in corso di validità e che lo consegnerò alla docente referente.

- **Dichiaro** sotto la mia personale responsabilità che non sussistono pareri contrari da parte di altra persona che esercita la legittima responsabilità genitoriale nei confronti del/la figlio/a in relazione alla presente autorizzazione.

Milano.....Firma .....