



Al Dirigente Scolastico del Liceo Ginnasio "U. FOSCOLO" di Albano Laziale

I sottoscritti

Genitori dell'alunno/a..... della classesez.

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a partecipare il giorno **venerdì 17 maggio** al Progetto Racchette in Classe. Gli studenti saranno impegnati presso il **"Circolo sportivo A.S.D. OK CLUB" Via Pantanelle 9/A zona Cancelliera (comune Albano Laziale), dalle ore 8:30 alle ore 12:30 circa**, in attività teoriche e pratiche di avviamento alle discipline sportive del Tennis e del Padel con i docenti di scienze motorie e l'ausilio di Tecnici federali.

La quota di partecipazione per ciascun alunno è di 5 euro, da consegnare direttamente il giorno 17 al Circolo sportivo.

Gli alunni si recheranno al Centro di Tennis con mezzi propri, analogamente al termine dell'evento, ore 12.30 circa, torneranno alle proprie abitazioni in modo autonomo.

I Genitori attestano l'assenza di patologie che possano impedire o sconsigliare al/la proprio/a figlio/a lo svolgimento dell'attività sopra descritta.

Docenti accompagnatori

Prof. Filippo Filosofi, Prof. Mario Di Camillo

Luogo.....

Data.....

FIRMA dei Genitori

.....

(o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

.....



Al Dirigente Scolastico del Liceo Ginnasio "U. FOSCOLO" di Albano Laziale

I sottoscritti

Genitori dell'alunno/a..... della classesez.

AUTORIZZANO

il/la proprio/a figlio/a a partecipare il giorno **venerdì 17 maggio** al Progetto Racchette in Classe. Gli studenti saranno impegnati presso il **"Circolo sportivo A.S.D. OK CLUB" Via Pantanelle 9/A zona Cancelliera (comune Albano Laziale), dalle ore 8:30 alle ore 12:30 circa**, in attività teoriche e pratiche di avviamento alle discipline sportive del Tennis e del Padel con i docenti di scienze motorie e l'ausilio di Tecnici federali.

La quota di partecipazione per ciascun alunno è di 5 euro, da consegnare direttamente il giorno 17 al Circolo sportivo.

Gli alunni si recheranno al Centro di Tennis con mezzi propri, analogamente al termine dell'evento, ore 12.30 circa, torneranno alle proprie abitazioni in modo autonomo.

I Genitori attestano l'assenza di patologie che possano impedire o sconsigliare al/la proprio/a figlio/a lo svolgimento dell'attività sopra descritta.

Docenti accompagnatori

Prof. Filippo Filosofi, Prof. Mario Di Camillo

Luogo.....

Data.....

FIRMA dei Genitori

.....

(o di chi esercita la responsabilità genitoriale)

.....