



I. C. "GINO ROSSI VAIRO"
Via A. Moro, 10 - 84043 AGROPOLI (SA) - A.T. CAM0000028
Segreteria tel. 0974 823222 - Presidenza tel. 0974 823112
C.M. SAIC8AT00D - C.F.: 90009620650 - C.F.E. UF1K7E
e-mail: saic8at00d@istruzione.it - saic8at00d@pec.istruzione.it
sito web: www.icrossivairo.edu.it



Circ. Dir. n. 31

Agropoli, 02/10/2025

Ai genitori

Ai Docenti

Dell'I. C. Gino Rossi Vairo

Oggetto: Visita medica sportiva autofinanziata, finalizzata all'acquisizione del certificato medico per attività sportiva agonistica e non a. s. 2025-2026.

Le visite mediche saranno tenute dal Dott. Annarumma Ferdinando e dal suo staff.

Si svolgeranno in orario pomeridiano in data 15-10-2025 dalle ore 15:00 presso la palestra del plesso di Agropoli, il costo è di 20,00 euro, per attività sportiva non agonistica e 25,00 euro per attività sportiva agonistica.

Gli alunni /alunne devono essere accompagnati da uno dei genitori.

Il pagamento della visita sarà versato direttamente allo staff del dottore.

La domanda di partecipazione deve essere consegnata al docente referente Prof. Giannella Ottavio

Al Dirigente Scolastico IC Gino Rossi Vairo-Agropoli

Domanda di partecipazione Visita medica sportiva autofinanziata, finalizzata all'acquisizione del certificato medico per attività sportiva agonistica e non a. s. 2025-2026.

– Alunno _____ classe sez.

Classe _____ sez _____ Data e luogo di nascita ____/____/____ a _____

Telefono genitori _____

CODICE FISCALE alunno _____

ATTIVITA' AGONISTICA

☐

ATTIVITA' NON AGONISTICA

☐

Firma genitori _____