

Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 070.15259678

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Circolare n. 200

Cagliari 21 febbraio 2025

Docenti
Studenti e Famiglie
DSGA - Personale ATA
sito web

**Oggetto: Progetto di avviamento alla pratica sportiva - Fase d'Istituto di CALCIO A 5 categorie
Allievi e Juniores maschili e femminili**

Si comunica che sono aperte le selezioni per la formazione delle Rappresentative d'Istituto per il campionato provinciale di **Calcio a 5**, che si terranno presso il **centro sportivo Giuseppe Billy** (ex Ossigeno).

- **Martedì 25 febbraio 2025**, dalle ore **14:00** alle ore **15:30**, per le categorie **Juniores maschile e femminile**, riservata agli studenti **nati nel 2006-2007**.
- **Giovedì 27 febbraio 2025**, dalle ore **14:00** alle ore **15:30**, per le categorie **Allievi e Allieve**, riservate agli studenti **nati nel 2008-2009-2010-2011**.

Gli studenti interessati a partecipare dovranno presentarsi presso il centro sportivo G. Billy alle **ore 14:00**. Per le categorie Juniores, saranno presenti i docenti A. Berillo e G. Tuveri, mentre per le categorie Allievi e Allieve, sarà presente il docente D. Desogus.

Per partecipare all'attività è obbligatorio consegnare al docente il certificato medico per attività sportiva non agonistica, in formato originale o in copia conforme.

Per segnalare la propria disponibilità, è necessario compilare e firmare il modulo sottostante. Qualora fossero necessarie ulteriori informazioni, gli studenti potranno rivolgersi al proprio docente di scienze motorie.

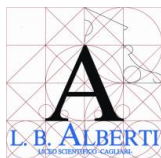
Gli studenti minorenni sono tenuti a presentare la richiesta di autorizzazione **firmata dai propri genitori**, allegata alla presente.



Il Dirigente Scolastico

Prof. Roberto Bernardini

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art.3, c. 2, D. Lgs n. 39/1993



Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 070.15259678

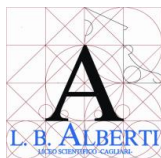
Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



CATEGORIA ALLIEVI E ALLIEVE (2008-2009-2010-2011)

	Cognome	Nome	Classe	Data di nascita	N. di telefono	Firma
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						



Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 070.15259678

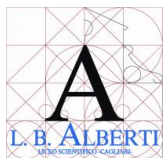
Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



CATEGORIA JUNIORES M/F (2006-2007)

	Cognome	Nome	Classe	Data di nascita	N. di telefono	Firma
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						



Liceo Scientifico Statale "Leon Battista Alberti"

Con indirizzo delle Scienze applicate e Liceo delle lingue orientali

Sede centrale: Viale Colombo, 37 - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.668805 - Fax 070.655325

Succursale: Via Ravenna s.n. - 09125 CAGLIARI - Tel. 070.345050 - Fax 070.344847

Succursale: Via Koch n.11 - 09121 CAGLIARI - tel. 070.15259678

Email: caps02000b@istruzione.it - PEC Email: caps02000b@pec.istruzione.it

Web: www.liceoalberti.it - Cod. Fisc.: 80019530924 - Cod. IPA: UF5PBR



Al Dirigente Scolastico

AUTORIZZAZIONE DEI GENITORI PER USCITA DIDATTICA

Uscita didattica/ FASE DI ISTITUTO CALCIO A 5

Io sottoscrittogenitore
dell'alunno/a

iscritto alla classe ____sezione _____del Liceo "L.B. Alberti"

autorizzo mio/a figlio/a

a recarsi nel seguente luogo: **centro sportivo Giuseppe Billy (ex Ossigeno) – Viale Cimitero 26, Cagliari**

il giorno: orario: **dalle 14:00 alle 15:30.**

per svolgere la FASE DI ISTITUTO di CALCIO A 5 per i Giochi Studenteschi

Al termine dell'attività autorizzo mio/a figlio/a a fare autonomamente rientro a casa.

Data _____

FIRMA _____