

MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

(approvato nelle sedute dei Comitati Aziendali
della Pediatria di Famiglia del 14/06/2018 e
della Medicina Generale del 13/06/2018)

ai sensi dell'A.C.N. della Pediatria di Famiglia del 29 maggio 2009, art. 44 e allegato H, dell'A.C.N. della Medicina Generale del 29 maggio 2009, art. 45 e del D.M dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica", nonché dei punti a) ec) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015.

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

La sottoscritta Domizia Arrigo in qualità di Dirigente Scolastico dell'XI Istituto Comprensivo "Paino Gravitelli (ME)

Chiede

che l'alunno/a _____ nato/a _____
il _____ frequentante la classe _____ Secondaria plesso _____
venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO (1) per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

- ☐ ATTIVITA' PARASCOLASTICHE
alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario delle lezioni curriculari di Educazione Fisica.
- ☐ GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI
solo per coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi alle fasi successive a quella d'istituto e precedenti quelle nazionali.

Data, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Domizia Arrigo

.....

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

certifico che l'alunno/a.....

nato/a il.....

sulla base della visita da me effettuata, dei valori pressori rilevati, nonché del referto dell'ECG effettuato in data/...../.....

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato, ad uso esclusivo scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data.....

IL MEDICOCURANTE
(timbro e firma)

.....