

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 14 giugno 2018, dell'A.C.N. della Medicina Generale del 13 giugno 2018 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) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015.

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Il sottoscritto FILIPPO SCARPETTA in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Carpenedolo

CHIEDE

Che l'alunno/a _____
nato/a _____ il _____
frequentante la classe _____

venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO (D.G.R. Lombardia prot. H12015.0009787 DEL 26-03-2015, nonché ai citati D.M.) 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 curricolari 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. Filippo Scarpetta
Firma digitale ai sensi del D.Lgs. n 82/2005 e norme collegate

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 MEDICO CURANTE
(timbro e firma)