



Unione Europea

Istituto Comprensivo "B. Telesio"

MIUR

Istituto Comprensivo Statale "B. TELESIO"

PLESSI - SEC. I GRADO: E. Montalbetti – **PRIMARIA:** B. Telesio - Ciraolo - **INFANZIA:** Modena -S. Giorgio

Via Modena S. Sperato n. 1 – 89133 REGGIO CALABRIA – **Tel.: 0965/685016 – Fax: 0965/672118**

e-mail: rcic84200v@istruzione.it - pec: rcic84200v@pec.istruzione.it - Sito web: <http://www.ictelesiomontalbettirc.edu.it>

C.F.: 92066590800 - C.M.: RCIC84200V

Reggio Calabria, 27/09/2021

CIRCOLARE N°30

Ai Genitori degli alunni I C e I E
dell'IC "B. Telesio"
Sito WEB

Oggetto: **Richiesta certificati medici per l'attività sportiva**

Si invitano le SS.VV. a presentare al docente coordinatore di classe, per il tramite dell'alunno/a, **entro il 06 ottobre 2021** il certificato medico attestante che il/la proprio/a figlio/a è idoneo/a alla pratica sportiva non agonistica.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Marisa G. Maisano



Unione Europea



Istituto Comprensivo "B. Telesio"



MIUR

Istituto Comprensivo Statale "B. TELESIO"

PLESSI - SEC. I GRADO: E. Montalbetti – PRIMARIA: B. Telesio – G.Ciraolo - INFANZIA: Modena -S. Giorgio

Via Modena S. Sperato n. 1 – 89133 REGGIO CALABRIA – **Tel.: 0965/685016 – Fax: 0965/672118**

e-mail: rcic84200v@istruzione.it - pec: rcic84200v@pec.istruzione.it - Sito web:

<http://www.ictelesiomontalbettirc.edu.it>

C.F: 92066590800 - C.M.: RCIC84200V

MODULO DI RICHIESTA PER IL RILASCIO GRATUITO DI CERTIFICATO MEDICO IN AMBITO SCOLASTICO

ai sensi 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

Il sottoscrittoin qualità di
Dirigente Scolastico

Chiede

Che l'alunno.....

nato il.....frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario gratuito¹, nonché ai citati D.M. per la pratica nell'ambito scolastico di **attività sportive non agonistiche** relative a :

1) [a] ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario di Educazione Fisica. Attività.....

2) [c] GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:

coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto

Data

Il DIRIGENTE SCOLASTICO
(timbro e firma)

Il sottoscritto sulla base dalla visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data.....,non presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.
Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio.

Data

Il Pediatra
(timbro e firma)

.....

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)

.....