



Unione Europea



Istituto Comprensivo "B. Telesio"



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Istituto Comprensivo Statale "B. TELESIO"

PLESSI - SEC. I GRADO: E. Montalbetti - PRIMARIA: B. Telesio - G. Ciruolo - 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 sottoscritto .....in qualità di Dirigente Scolastico

Chiede

Che l'alunno.....

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

venga sottoposto al controllo sanitario gratuito<sup>1</sup>, 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 della 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)

.....