



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo - ISA13 SARZANA Capoluogo

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

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) 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 SAVERIO BAGNARIOL
in qualità di Dirigente Scolastico dell'ISTITUTO COMPRENSIVO ISA 13 SARZANA

CHIEDE

che l'alunno/a nato/a il
frequentante la classe plesso
venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO 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
Saverio Bagnariol
(firmato digitalmente ai sensi D.Lgs 82/2005 e ss.mm.ii)



Ministero dell'Istruzione

Istituto Comprensivo - ISA13 SARZANA Capoluogo

Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria di 1° grado

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)

.....

**CHIARIMENTI CIRCA LE CERTIFICAZIONI MEDICHE PER ATTIVITÀ SPORTIVE IN
AMBITO SCOLASTICO**

Ai sensi e per gli effetti dell'art. 42-bis del D.L. 21/06/2013, n. 69, convertito dalla L.09/08/2013, n. 98 e s.m., si richiede che l'alunno/a venga sottoposto al controllo sanitario di cui alla citata normativa per il rilascio - per uso scolastico - del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistica.

Si precisa che il certificato IN ORIGINALE sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

Piazza Dino Ricchetti - 19038 SARZANA (SP)

C.M. SPIC822005 - C.U.U. UF5GQO - C.F. 90027530113 - Tel. 0187-620153 0187-1856154 - Fax 0187-607110

e-mail: spic822005@istruzione.it PEC: spic822005@pec.istruzione.it

web www.istitutocomprensivosarzana.edu.it