 F.I.M.P. USR Veneto

 ***Federazione Italiana Medici Pediatri***

#  Regione Veneto Attività sportiva scolastica

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO ed eventuale richiesta elettrocardiogramma con codice gratuità I01**

**ISTITUTO COMPRENSIVO DI CORNUDA**

Ai sensi dell’art. 1 lett. a) e c) del D.M. 28-02-83 e dell’ ACN 29 luglio 2009 – allegato H

 Il sottoscritto ................................…......…………………….………… nella sua qualità di legale

rappresentante dell’Istituto Comprensivo di Cornuda - Via Verdi n. 16 – Cornuda (TV)

chiede che l’alunno………………………………………………………………………………………………………

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

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell’ambito scolastico, di

attività sportive non agonistiche relative a :

1. **[ ] ATTIVITA’ PARASCOLASTICHE:**  intese come attività fisico sportive inserite nel P.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell’insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal C.S.A. o da Enti pubblici e privati e organizzate nell’ambito dei Centri Sportivi Scolastici.

Disciplina sportiva : …………………………………………………………………………………………….

1. **[ ] GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:**  nelle fasi successive alle selezioni di Istituto ( fasi Intercomprensoriali )

(barrare la casella che interessa)

Data........................................................

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

 (timbro e firma autografa)

....................................................................................

 F.I.M.P.

 ***Federazione Italiana Medici Pediatri***

#  Regione Veneto

## Istituto Scolastico ………………………………………………………………

## CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Rilasciato ai sensi e per i fini di cui all’art.1, lett. a) e c) del D.M. 28-02-83 e dell’ ACN 29 Luglio 2009

**COGNOME......................………............………...Nome………………………………….......**

**nato/a il…………………….a……………………………………………………………………….**

**residente in via ……………………………………………………………………………………..**

**Comune di …………………………………………………………Provincia ( )**

Il paziente sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta al momento della visita controindicazioni in atto alla pratica di **attività sportive non agonistiche.**

Il presente certificato, emesso su specifica richiesta del legale rappresentante della Scuola / Istituto ………………………… …………………………… e ad esclusivo uso della stessa, ha validità annuale dalla data di rilascio.

Data…………………………………………..

 Firma…………………………………………….