



## ISTITUTO COMPRENSIVO "FALCONE e BORSELLINO"

Ascoli Piceno - Appignano del Tronto - Castorano - Colli del Tronto - Offida

Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado - tel. 0736/813826 fax 0736/814398

Codice Fiscale 92033390441 url: <http://icfalconeeborsellino.gov.it>

E. Mail [apic82100r@istruzione.it](mailto:apic82100r@istruzione.it) - E Mail p.e.c.: [apic82100r@pec.istruzione.it](mailto:apic82100r@pec.istruzione.it)

<https://www.facebook.com/icfalconeeborsellino/>

63100 Ascoli Piceno - Via Monte Catria n. 34

Prot. n. 456/C32

Ascoli Piceno, 17/01/2019

Ai Docenti di Educazione Fisica

Ai Genitori degli alunni Scuola Sec. I grado

All'Albo on line

### Oggetto: Certificati medici per attività sportiva scolastica non agonistica.

Per l'attività extracurricolare non agonistica della pratica sportiva scolastica, gli alunni sono tenuti alla visita medica di idoneità, sia che l'attività venga organizzata direttamente dalla Scuola (Sport di Classe, Campionati Studenteschi - esclusa la partecipazione alla fase Nazionale -, Progetti Sportivi) che con la collaborazione del CONI, delle Federazioni Sportive, delle Società Sportive e degli Enti di promozione sportiva.

I genitori degli alunni, sulla base di una richiesta da parte della Scuola, per ottemperare a tale obbligo si rivolgeranno ai seguenti medici certificatori:

- il medico di medicina generale per i propri assistiti;
- il pediatra di libera scelta per i propri assistiti;
- il medico specialista in medicina dello sport.

Il controllo deve essere annuale e il relativo **certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica gratuito** ha validità annuale con decorrenza dalla data del rilascio. Per ottenere il certificato in oggetto è necessaria l'anamnesi e l'esame obiettivo con misurazione della pressione arteriosa nonché un *elettrocardiogramma a riposo*, debitamente refertato, *effettuato almeno una volta nella vita*. Si fa presente, inoltre, l'obbligatorietà di detta certificazione prima dell'inizio dell'attività da parte di ogni singolo alunno.

Allegato: Richiesta visita medica e modello di certificazione di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
- Dr. Daniele Marini -



## ISTITUTO COMPRENSIVO "FALCONE e BORSELLINO"

Ascoli Piceno - Appignano del Tronto - Castorano - Colli del Tronto - Offida

Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria di primo grado – tel. 0736/813826 fax 0736/814398

Codice Fiscale 92033390441 url: <http://icfalconeeborsellino.gov.it>

E. Mail [apic82100r@istruzione.it](mailto:apic82100r@istruzione.it) - E Mail p.e.c.: [apic82100r@pec.istruzione.it](mailto:apic82100r@pec.istruzione.it)

<https://www.facebook.com/icfalconeeborsellino/>

63100 Ascoli Piceno - Via Monte Catria n. 34

Prot. n. 456/C32

Ascoli Piceno, 17/01/2019

Al Dott. \_\_\_\_\_

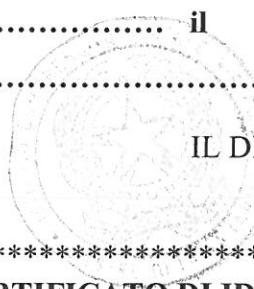
**Oggetto : Richiesta certificato di idoneità alla pratica sportiva scolastica non agonistica.**  
**Attività PARASCOLASTICHE e CAMPIONATI STUDENTESCHI**

In base alla normativa vigente - supplemento ordinario G.U. del 23.01.02, sede generale n. 19 allegato 2A-, si richiede alla S.V. il **rilascio gratuito del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica (attività parascalistiche e Campionati Studenteschi)** per l'alunno/a frequentante questo Istituto:

**Cognome** ..... **Nome** .....

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

**residente a** .....



**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

- Dr. *Daniele Marini* -

\*\*\*\*\*

### **CERTIFICATO DI IDONEITA'**

**ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**  
**Attività PARASCOLASTICHE e CAMPIONATI STUDENTESCHI**

**Cognome** ..... **Nome** .....

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

**residente a** .....

Il soggetto 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 di attività sportiva non agonistica.

**Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.**

Luogo e data

Timbro e firma del medico certificatore