



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



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 - E Mail p.e.c.: 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.

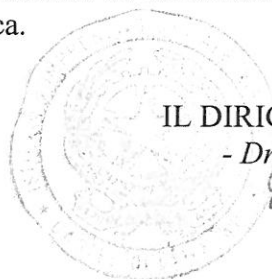
Per l'attività **extracurricolare** non agonistica della pratica sportiva scolastica, gli alunni sono tenuti alla visita medica di idoneità, sia che l'attività venga organizzata direttamente dalla Scuola (Sport di Classe, Campionati Studenteschi - esclusa la partecipazione alla fase Nazionale -, Progetti 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 -



**FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI**

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)



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 - E Mail p.e.c.: 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 parascolastiche e Campionati Studenteschi)** per l'alunno/a frequentante questo Istituto:

Cognome Nome
nato/a a il
residente a

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

- Dr. *Danielle 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