

Ministero dell'Istruzione

ISTITUTO COMPRENSIVO DI PASSIRANO

Via G. Garibaldi 3- 25050 Passirano (Bs) ☎ 030 6546075 - Fax 030 6548371 C.F. 98093190175
 e-mail: segreteria@icpassirano.edu.it - bsic81200g@istruzione.it - bsic81200g@pec.istruzione.it
www.icpassirano.edu.it

SCUOLA DISLESSIA AMICA

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)

La sottoscritta Chiara Spatola, in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di Passirano,

Chiede

che l'alunno/a

nato/a il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO (1) per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

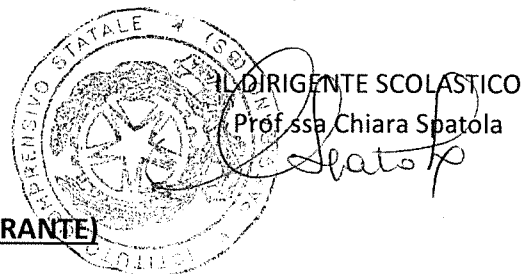
☐ **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE**

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario delle lezioni curriculari 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.....

**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)

(1) D.G.R. Lombardia prot. H12015.0009787 DEL 26-03-2015, nonché ai citati D.M.