



## ISTITUTO OMNICOMPENSIVO R. LAPORTA

05015 FABRO (TR) - Via Giovanni XXIII, 13 - Tel. 0763/832044-839175

Cod. Mecc. TRIC815008 - E-Mail tric815008@istruzione.it - C.F. 90009750556

E Mail cert. tric815008@pec.istruzione.it

Sito web: www.istfabro.gov.it

CIRCOLARE N. 6

Fabro, 03/10/2017

**DOCENTI FIDUCIARI DI PLESSO  
LORO SEDI**

**Oggetto: Modulo alunni a.s. 2017/2018**

**Si allega modulo per la richiesta di certificazione di stato di buona salute da consegnare alle famiglie per il rilascio del certificato gratuito.**

**Si precisa che il certificato di buona salute riguarda tutti i bambini della primaria/sec. I°/ sec. II° e bambini di 5 anni della scuola dell'infanzia .**

- 1) I certificati medici di buona salute **saranno conservati** dai fiduciari di plesso per le scuole infanzia e primarie e dai docenti di educazione fisica nelle scuole sec. di I° e II°. Si ricorda che il certificato **ha durata annuale** e pertanto dovrà essere verificata la validità dei certificati già in possesso delle scuole (2016/2017) anche mediante verifica tra i diversi ordini di scuola  
Possono essere accettati i certificati rilasciati per attività agonistica per altre discipline sportive purchè valido fino alla fine dell'a.s.

In occasione dei Giochi Sportivi Studenteschi e Festa dello Sport non potranno essere ammessi a partecipare gli alunni privi di certificato.

**SI RACCOMANDA UN PUNTUALE ADEMPIMENTO**

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Cristina MARAVALLE

Firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI STATO DI BUONA SALUTE AI SENSI DEL DPR 272/00

RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI STATO DI BUONA SALUTE AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO  
ai sensi del D.M.S. del 28/02/1983, art.1 lettera a)e c) del DPR 272 del 28/07/00

Il sottoscritto, Dirigente Scolastico dell' Istituto Omnicomprensivo " R.Laporta "

Chiede per l'alunno/a .....nato/a a..... il .....

residente a ..... Via ..... classe ..... sez.....

il certificato di buona salute gratuito, ad uso esclusivo scolastico, per uno dei seguenti motivi:

a) l'alunno/a prenderà parte ad attività parascolastiche in orario extracurricolare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione alle seguenti gare o campionati caratterizzate da competizioni tra atleti.

b) l'alunno/a è stato/a selezionato/a per partecipare alle fasi successive a quelle d'Istituto o di rete di Istituti (sovrintesi da un'unica autorità scolastica) per i seguenti GdG o GSS.

c) l'alunno/a parteciperà a manifestazioni sportive organizzate dal seguente Ente pubblico o privato – tramite P.O.F (Piani Offerte Formative)- con le modalità previste dalla lettera A)

ATTIVITA' SPORTIVA PRESCELTA :

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Dott.ssa Cristina MARAVALLE)  
Firma autografa sostituita a mezzo stampa,  
ai sensi dell'art. 3, comma 2 del D.Lgs. n. 39/1993

CERTIFICAZIONE DI STATO DI BUONA SALUTE AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO (\*)  
Ai sensi del D.M.S. del 28/02/1983, art. 1 lettere a) e c) del DPR 272 del 28/07/00

Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data ...../...../..... si certifica che l'alunno/a

....., 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 sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità di un anno dalla data del rilascio.

.....il.....

Il Medico

La presente certificazione di stato di buona salute, per lo svolgimento di attività sportive non agonistiche nell'ambito scolastico, viene erogata gratuitamente come previsto dal DMS del 28/02/1983, art. 1 lettere a) e c) a seguito di richiesta dell'autorità competente secondo l'allegato H del DPR del 28/07/2000 il cui testo recita:

- α) per attività parascolastiche si intendono le attività fisico-sportive svolte in orario extracurricolare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante finalizzate alla partecipazione a gare e campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti; sono escluse le attività ginnico-motorie con finalità ludico-ricreative, ginnico-formative, praticabili a prescindere dall'età e senza controllo sanitario preventivo obbligatorio.
- β) Necessitano della certificazione di stato di buona salute per i Giochi della Gioventù e i Giochi Sportivi Studenteschi gli alunni già selezionati che partecipano alle fasi successive a quelle d'Istituto o di rete di Istituto (sovrintesi da un'unica autorità scolastica), poiché nella scuola elementare i GSS sono limitati alla fase di Istituto e hanno carattere educativo, formativo e mai competitivo non necessitano di certificazione.
- χ) La certificazione di stato di buona salute per la partecipazione alle manifestazioni sportive organizzate da Enti pubblico privati tramite i POF (Piani delle Offerte Formative) è dovuta per le sole attività che rientrano tra quelle definite alla lettera a) del presente allegato.