

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 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 della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015.

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

La sottoscritta Cristiana Ducoli in qualità di Dirigente Scolastico
dell'Istituto Comprensivo I Darfo

CHIEDE

Che l'alunno/a _____

Nato/a il _____ frequentante la classe _____

Venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO (per la pratica in 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 curricolari di Educazione Fisica
- GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI
Solo per coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi alle fasi successive a quella d'Istituto e precedenti a quelli nazionali

Darfo B.T. (BS)

Il Dirigente scolastico

Prof.ssa Cristiana Ducoli

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

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

Certifico che l'alunno/a _____

Nato/a il _____

Sulla base della visita medica 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