



Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca

I.C. PARCO della VITTORIA

via A. Mordini, 19 – 00195 Roma – tel: 06 37500227/06 37526543; fax: 06 37517481

Cod. Mecc. RMIC8GX001 – Cod. Fisc. 97713920581 – Distretto 25

* rmic8gx001@istruzione.it – PEC rmic8gx001@pec.istruzione.it – www.scuolabelli.it

ANNO SCOLASTICO _____

Il Dirigente Scolastico della Scuola _____

Dichiara che l'alunno _____ nato a _____ il
_____ frequentante la classe _____ sede via _____

è stato selezionato per partecipare a:

- Attività fisico sportive parascolastiche svolte in orario curriculare finalizzate alla partecipazione a gare e campionati
- Campionati studenteschi

Che si svolgeranno a _____ a partire dalla data _____

Per tale motivo chiede al medico curante il rilascio di un certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico.

Il Dirigente Scolastico
(Timbro e firma in originale)

Data _____

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (D.M. 24 aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatrica 29 luglio 2009 e s.m.i. all. H)

SI CERTIFICA CHE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata, dai 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.

Si rilascia gratuitamente, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in originale e per il solo uso scolastico.

Data _____

Il Medico
(timbro e firma)