

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)

Il sottoscritto Diego Parzani in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto d'Istruzione Superiore "G. Antonietti" di Iseo (BS)

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 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 quelle nazionali.

Iseo, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Diego Parzani

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.