

**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)**

Il sottoscritto Prof.ssa Giacomina Andreoli in qualità di Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo "Don Giovanni Antonioli" di Ponte di Legno

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.

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Giacomina Andreoli

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi

dell'art. 3, comma 2 del decreto legislativo n. 39/1993

**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.