



Istituto Comprensivo Statale "Lombardo Radice – E. Fermi"

Via U. Foscolo – 91015 CUSTONACI (TP)

C.F.: 80006340816 – Cod. Mecc. TPIC80900Q

E-MAIL: tpic80900q@istruzione.it – PEC: tpic80900q@pec.istruzione.it - Telefono 0923 1872080

Sito Web: [www.lombardoradice-fermi.edu.it](http://www.lombardoradice-fermi.edu.it)

### **MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO**

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)**

La sottoscritta Anna Bica in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Lombardo Radice Fermi "Custonaci"

Chiede

che l'alunno/a.....

nato/a il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO 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'istitutoe precedenti quelle nazionali.

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(timbro e firma)

.....

#### **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)

.....