Allegato 1

# 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.