

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO gratuito DI STATO DI BUONA SALUTE ALLA PRATICA DI
ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO**
(D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 15 Dicembre 2005 e s.m.i.)

Il Dirigente Scolastico, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto, chiede che l'alunno/a _____ nato/a _____ il _____ frequentante la classe _____ sez. _____

CHIEDE

il rilascio di certificato medico per l'attività sportiva non agonistica,

come previsto dal Decreto del Ministro della salute del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, dal Decreto del Ministro della Salute dell'8 agosto 2014 (Linee-Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica), dalla Legge del 30 ottobre 2013 n. 125 e dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri del 15/12/2005 e ss.mm.ii.,

per la pratica di attività sportive non agonistiche relative a:

CAMPIONATI STUDENTESCHI d'Istituto-provinciali-Regionali

ATTIVITA' PARASCOLASTICHE: intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal Ministero dell'Istruzione o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito del CSS Centro Sportivo Scolastico della scuola, dalle fasi d'istituto fino alle fasi regionali e nazionali comprese.



DIRIGENTE SCOLASTICO

Paola Zanon

La grafia sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3 comma 2 del D.L. 39/93

restituire modulo compilato e intero al proprio docente di Educazione Fisica

**Modulo rilascio certificato di stato di buona salute alla pratica di attività sportiva di tipo non
agonistico in ambito scolastico**
(D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 15 Dicembre 2005 e s.m.i.)

Studente: _____ nato/a _____ il _____
residente a _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto, allo svolgimento delle attività sportive non agonistiche legate ai campionati studenteschi e alle gare organizzate nell'ambito del progetto "Centro Sportivo Studentesco".

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data _____

Il Medico curante Dott. _____