

# I.I.S. "A. MEUCCI" RONCIGLIONE

## 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)

La sottoscritta Laura Pace Bonelli in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto I.I.S. "A. MEUCCI" Ronciglione

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.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



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.

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

IL MEDICO CURANTE  
(timbro e firma)

.....