**SOLO PER SCUOLA SECONDARIA I GRADO**

|  |
| --- |
|  |

**Al Dr.­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Ai Genitori degli Alunni**

La Dirigente Scolastica chiede che l’alunno/a ……………………………………………..……………… nato/a……………………il …………………………..

cod. fiscale………………………………………………………. classe……………………… nell’a.s………………………venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 24 Aprile 2013 per la pratica di attività sportiva di tipo non agonistico. Si precisa che il rilascio del certificato di idoneità all’attività sportiva di tipo non agonistico, a titolo non oneroso, dovrà essere rilasciato secondo quanto previsto dal D.M. 8 agosto 2014 “Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l’attività sportiva non agonistica”.

Tale certificazione va restituita al docente di Ed. Fisica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Lucia Vagnoni

*Firma autografa sostituita da Indicazioni*

*a mezzo stampa,ai sensi dell’art.3,*

*comma 2, del D.lgs n.39/1993*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Fac-simile

Il sottoscritto Dott…………………………..

CERTIFICA CHE

*(Cognome e nome dell’alunno) ………………………………………………...…………………………………………………….*

*nato/a …………………………………………..………………..il ……………….…………….……...……………………………….*

*Residente a ………………………………………………….. Via ……………………………………………………………………. frequentante la classe………………….. nell’a.s…………………………..*

In base alla visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data………………….., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell’ art. 29 dell’ ACN, su richiesta del Dirigente Scolastico, per usi consentiti dalla Legge (DM 28.2.1983).

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in originale e per il solo uso scolastico.

..……………………….., li…………………………………….

IL MEDICO

……………………………………….