



*Gentile da Foligno*

Scuola Statale ad indirizzo Musicale

ALLEGATO  
DUCAT

Istituto Comprensivo Foligno 4  
via Monte Soratte 47 06034 Foligno (Pg)  
Tel e fax 0742208159 Dir.0742 356553  
Dir.Scol. 7 - Cod. Scuola PGIC83700D  
Cod. fiscale 82001940547  
e-mail pgic83700d@istruzione.it

SCHOLE  
GREEN

## OGGETTO: RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

L'Istituto Scolastico ISTITUTO COMPRESIVO FOLIGNO 4

### CHIEDE

(Ai sensi del Decreto del Ministero della Salute dell' 08/08/2014 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 243 del 18/10/201 e successive nota esplicativa del 17 giugno 2015 e nota integrativa del 28 ottobre 2015)

per il/la proprio/a alunno/a ..... nato/a a ..... il ...../...../..... iscritto alla classe .....

il rilascio del certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico:

- per lo svolgimento di attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche\*
- per la partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.



Timbro e firma del Dirigente Scolastico

\* Sono definite attività parascolastiche tutte quelle attività organizzate dalla scuola al di fuori dei curricoli obbligatori (es. attività sportive organizzate al di fuori dell'orario scolastico). Non rientrano tra le attività parascolastiche le attività curriculari svolte all'interno dell'orario di Scienze Motorie, anche se svolte al di fuori dei locali della Scuola.

## CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

(Legge n.125/2013, Linee Guida del Ministero della salute dell'8/08/2014)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_

NATO A \_\_\_\_\_ IL \_\_\_\_\_

RESIDENTE \_\_\_\_\_ VIA \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_

Sulla base della 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.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del suo rilascio.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_

IL MEDICO CERTIFICATORE \_\_\_\_\_