



ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto I. C. "A. ROSMINI" dichiara che  
 l'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritto e  
 frequentante la classe \_\_\_\_\_ svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà alle seguenti  
 attività:

- ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE  
 ATTIVITA' PARASCOLASTICHE; intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario  
 extracurricolare, con la partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a  
 gare, campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal  
 MIUR o da Enti pubblici e privati.
- CAMPIONATI STUDENTESCHI NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE;

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si chiede che l'alunno/a venga sottoposto a visita medica ai  
 sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge  
 n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e successive modifiche e integrazioni.

Data \_\_\_\_\_

Timbro della Scuola



Il Dirigente Scolastico  
 (Giuseppe Fusacchia)  
**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
 (Giuseppe Fusacchia)

**CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

Si certifica che l'alunno/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

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 rilascio.

*Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consenti dalla legge.*

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Il Medico certificatore

\_\_\_\_\_  
 (timbro e firma)