

## MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

### RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

La sottoscritta MARIA GRAMENDOLA in qualità di Dirigente Scolastico

dell'Istituto d'Istruzione Superiore I.T.G. e I.T.I VIBO VALENTIA

Chiede

che l'alunno/a .....

nato/a il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO 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.

Data.....

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.

Data.....

IL MEDICO CURANTE  
(timbro e firma)

.....