



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "ILARIA ALPI"

Via Varsavia, 5 - 00055 LADISPOLI (RM) Tel. 06 99231622 - C.F. 91038490586
Codice Meccanografico RMIC8CJ00G - RMIC8CJ00G@ISTRUZIONE.IT - RMIC8CJ00G@PEC.ISTRUZIONE.IT

Il Dirigente dell'Istituto I.C. ILARIA ALPI di LADISPOLI - dichiara che l'alunno/a _____ nato/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 _____



Prof.ssa Maria BEVILACQUA

Timbro e firma del Dirigente Scolastico

CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA
Si certifica che l'alunno/a

Cognome _____ Nome _____
Nato/a a _____ il _____
Residente a _____ Via _____

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 in ambito scolastico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data _____

Il Medico certificatore
