

<p>IC "Maria Montessori" RONCO BRIANTINO/SULBIATE Via IV Novembre, 7 – 20884 Sulbiate MB tel. 039/623775 - fax 039/6840862 cod. fiscale:94037050153 cod. meccanografico: MIIC8DJ008 cod. univoco fatturazione: UF9M8S e-mail: mbic8dj005@istruzione.it PEC: mbic8dj005@pec.istruzione.it</p> <p>www.icsulbiateronco.edu.it</p>	 <p style="text-align: center;">  <i>Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca</i> </p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CERTIFICATO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

Al medico curante dell'alunno/a _____

Oggetto : Certificato idoneità sportiva non agonistica (D.M. 24-04-2013)

Con la presente si richiede, per l'alunno sopra indicato, a norma dell'art. 44 dell'ACN della Pediatria di libera scelta e dell'art. 45 dell'ACN dei Medici di Medicina Generale, nonché dei punti a) e c) della Nota esplicativa del Ministero della Salute n. 4165 del 16/06/2015

il rilascio

del certificato di idoneità sportiva non agonistica per la partecipazione alle seguenti attività sportive organizzate nell'ambito scolastico:

attività para-scolastiche organizzate da questo Istituto e/o inserite nel PTOF, non in orario di Educazione motoria

Il Dirigente Scolastico

Prof. ssa Maria Lucia Lecchi

Firma apposta ai sensi dell'art.3 comma 2 D.L.vo n. 39/93

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO

Certifico che il paziente _____

nato a _____ il | _____

e residente a _____

sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____ risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive a livello non agonistico.

Si rilascia, su richiesta del Capo d'Istituto (D.M. 24-04-2013).

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

Data _____