

Oggetto: Certificato medico per attività sportiva non agonistica a.s.

La Dirigente Scolastica _____ dichiara che l_ studente/studentessa _____
_____ nat _ a _____ (____) il _____ e frequentante la
classe _____ sezione _____

nell'ambito delle attività ludiche o sportive inserite da questo Istituto nel **Piano Triennale dell'Offerta Formativa**, parteciperà alle seguenti attività sportive (in orario scolastico o aggiuntivo, sia in sede che fuori dell'Istituto):

1. attività _____
2. attività _____

Per tale motivo chiede al medico curante - come previsto dal Decreto Ministero della Salute dell'8/8/2014 *Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica* - il rilascio di un certificato ai fini assicurativi di buona salute per attività sportiva non agonistica.

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Sig.ra/Signor _____, nat_a _____
_____ (provincia o Stato _____)

il ____ / ____ / ____ e residente a _____
(____) in via _____, n. _.

Il soggetto, 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.

Data, ____ / ____ / _____

Timbro e firma del medico

Si rilascia il presente certificato per uso scolastico prodotto in forma gratuita

data



La Dirigente Scolastica

[Handwritten signature]