

Consegnare la documentazione in segreteria
tramite rappresentante di classe, ove presente, in
busta chiusa, il primo giorno di scuola.
Solo per le classi quinte entro il 30.08.2019

Avviso n. 175

Allegato 1

MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO
(approvato nelle sedute dei Comitati Aziendali della Pediatria di Famiglia del 14/06/2018 e
della Medicina Generale del 13/06/2018)

Ai sensi dell'A.C.N.della Pediatria di Famiglia del 29 maggio 2009, art. 44 e allegato H, dell'A.C.N. della Medicina Generale del 29 maggio 2009, art. 45 e del D.M dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica", nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015.

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

La sottoscritta **prof.ssa Narcisa Navoni** nella sua qualità di **Presidente del Liceo Scientifico, Classico, Linguistico "Madonna della Neve" di via Nigoline 36 25030 Adro Bs**

CHIEDE

che l'alunno/a Cognome Nome

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

scientifico classico linguistico a.s. 2019/2020

venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO (1) 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.

Adro 20.06.2019

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(timbro e firma)

prof.ssa N.Navoni



CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

Certifico che l'alunno/a.....

nato/a il.....

classe..... sez. liceo scientifico classico linguistico Madonna della Neve Adro a.s. 2019/2020

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)