



UNIONE EUROPEA



REPUBBLICA ITALIANA



REGIONE CALABRIA



IC "SAN SPERATO - CARDETO"

# ISTITUTO COMPRENSIVO "SAN SPERATO - CARDETO"

Via Riparo Cannavò, 24 - 89133 Reggio Calabria

Telefono 0965/672052 - 683088 - 673553 - Fax 0965/673650

C. M. RCIC875006 - C. F. 92081250802 - [RCIC875006@ISTRUZIONE.IT](mailto:RCIC875006@ISTRUZIONE.IT) - [www.icsansperatocardeto.edu.it](http://www.icsansperatocardeto.edu.it)

## CERTIFICAZIONE PER ATTIVITA' NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO

ai sensi 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

La sottoscritta ANNA TERESA CURRA' in qualità di Dirigente Scolastico

Chiede

che l'alunno.....

nato il..... frequentante la classe..... sez.....

della scuola..... plesso scolastico di .....

venga sottoposto al controllo sanitario per la pratica di **attività sportive non agonistiche** nell'ambito scolastico relative a :

**1) [ a ] ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:**

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF -. Attività .....

**2) [ b ] GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:**

coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto

Data : \_\_\_\_\_



Il Dirigente Scolastico  
(Prof.ssa Anna Teresa Curra')

*Anna Teresa Curra'*

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. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data.....

Il Pediatra

(timbro e firma)

.....