



MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

SCUOLA/ISTITUTO: ISTITUTO COMPRENSIVO DI ISTRANA TV

Ai sensi dell'art. 1 lett. a) e c) del D.M. 28-02-83 e dell' ACN 29 luglio 2009 – allegato H

Il sottoscritto Gianmichele Costa nella sua qualità di legale

rappresentante dell' Istituto Comprensivo Statale di Istrana

chiede che l'alunno.....

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

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell'ambito scolastico, di

attività sportive non agonistiche relative a :

- 1) **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel P.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal C.S.A. o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.
Disciplina sportiva :

- 2) **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:** nelle fasi successive alle selezioni di Istituto (fasi Intercomprensoriali)

(barrare la casella che interessa)

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

.....



F.I.M.P.
Federazione Italiana Medici Pediatri
Regione Veneto

Istituto Scolastico **ISTITUTO COMPRENSIVO DI ISTRANA TV**

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Rilasciato ai sensi e per i fini di cui all'art.1, lett. a) e c) del D.M. 28-02-83 e dell' ACN 29 Luglio 2009

COGNOME.....**Nome**.....

nato/a il.....**a**.....

residente in via

Comune di**Provincia** ()

Il paziente sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta al momento della visita controindicazioni in atto alla pratica di **attività sportive non agonistiche**.

Il presente certificato, emesso su specifica richiesta del legale rappresentante della Scuola / Istituto e ad esclusivo uso della stessa, ha validità annuale dalla data di rilascio.

Data.....

Firma.....