

I.C. "Giovanni Falcone"				TEMPISTICA
Tel. 069454101	Fax 06945410462	RMIC8BT00Q@istruzione.it	www.icgfalcone.gov.it	Da presentare al Medico competente e riconsegnare in Segreteria.
RILASCIO CERTIFICATO MEDICO ATTIVITÀ SPORTIVE NON AGONISTICHE – Alunni				

Il sottoscritto, Dirigente Scolastico dell'I.C. " G. Falcone", sito in Via Garibaldi n. 19, Grottaferrata (RM), dichiara che l'alunno _____ nato a _____ il _____, frequentante, nell'a.s. _____, la classe _____ sez. _____ della scuola (primaria/secondaria) _____ svolgerà attività di avviamento alla pratica sportiva presso il Centro Sportivo Scolastico di questo Istituto e/o parteciperà ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti quelle nazionali.

A tal fine si chiede al medico competente, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, della Legge 9 agosto 2013, n. 98 e del Decreto del Ministero della Salute dell'8 agosto 2014, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data, _____

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Francesca Nardi
(Firma autografa sostituita ex art. 3, c. D.Lgs n. 39/93)

Riservato al medico competente

Cognome e nome del medico _____

Specializzazione Medico di medicina generale Medico dello sport

Altro (specificare) _____

SI CERTIFICA CHE

Cognome _____ Nome nato/a a _____

_____ il _____ residente a _____

via _____ n. _____, sulla base della visita medica da

me effettuata e degli eventuali esami clinici ed accertamenti diagnostici eseguiti, è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente per gli usi consenti dalla legge.

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

Data, _____

Firma e timbro del medico
