

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

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*

---