Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
I.C. ARQUATA SCRIVIA – VIGNOLE BORBERA

Il Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo Arquata S. – Vignole B._____

dichiara che l'alunno/a_____, nato/a _____

il_____, svolgerà **attività fisico-sportiva non agonistica** nelle seguenti specialità: _____

_____nell'ambito di attività extracurriculari organizzate da codesta Istituzione scolastica e per tale motivo chiede, ai sensi del D.M. 24 aprile 2013 (Pubblicato sulla G.U. n. 169 del 20 luglio 2013) e degli Accordi intercorsi con la F.I.M.P. il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data _____

Timbro tondo

Il DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Angelo Del Russo

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO
(D.M. 24.04.2013)

COGNOME_____NOME _____

NATO/A_____(____) IL _____

RESIDENTE A _____

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.

Luogo e data_____ Timbro IL MEDICO CERTIFICATORE

_____

(da trattenere agli Atti della Scuola)