



I.C. "GIOVANNI XXIII"

Infanzia - Primaria - Scuola Secondaria di I° Grado

Via Garibaldi snc, 00012, Villanova di Guidonia (RM)

Tel. 0774326176; Mail: rmic8dt00t@istruzione.it - PEC: rmic8dt00t@pec.istruzione.it

Codice Fiscale: 80227450584 - C.M.: RMIC8DT00T - C.U.U.: UF6FYG

ALLEGATO B

Certificato Medico - ANNO SCOLASTICO 2023-24

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto IC "GIOVANNI XXIII" VILLANOVA DI GUIDONIA dichiara che l'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____ iscritto e frequentante la classe _____ svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà alle seguenti attività:

- **ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE**
- **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE**, intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIM o da Enti pubblici e privati.
- **CAMPIONATI SPORTIVI STUDENTESCHI**

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si chiede che l'alunno/a venga sottoposto a visita medica ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto-legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e successive modifiche e integrazioni.

Data _____ Timbro della Scuola

Il Dirigente Scolastico

Prof. Antonio Manna

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/93

CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Si certifica che l'alunno/a

Cognome _____ Nome _____ Nato/a

a _____ il _____

residente a _____

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.

Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge.

_____, li _____

Il Medico certificatore (Timbro e Firma)