



MIM
Ministero dell'Istruzione
e del Merito

Istituto Comprensivo Ponte Lambro
Via Trieste, 33 – 22037 Ponte Lambro
Tel. 031620625 – Fax 031623181 - CF 82006820136
coic80400v@istruzione.it ; coic80400v@pec.istruzione.it
Sito web: icpontelambro.edu.it



**MODULO DI RICHIESTA PER IL RILASCIO GRATUITO DI CERTIFICATO MEDICO
IN AMBITO SCOLASTICO**

Ai sensi del D.M. dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica" nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015

Il sottoscritto Magni Marco

In qualità di Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo di Ponte Lambro

CHIEDE

Che l'alunno _____

Nato/a il _____

Frequentante la classe _____

Venga sottoposto al controllo sanitario gratuito, nonché ai citati D.M. per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

a) ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:

Alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF – non in orario di Scienze Motorie;

b) GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:

Coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quelle nazionali, compresa la fase d'Istituto.

Data, _____

Il Dirigente Scolastico

Prof. Marco Magni

(documento firmato digitalmente ai sensi del C.A.D., D.lgs. 82/2005 e ss.mm.ii)

Allegato

Modulo rilascio certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (D.M. 8 Agosto 2014)

ISTITUTO COMPRENSIVO DI PONTE LAMBRO

STUDENTE: _____

Nato/a a: _____ **il:** _____

Residente a: _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, eseguito in data _____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data _____

Dott. _____