

(tipologia del certificato)  
**IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**  
Ai sensi del D.M. 28/02/1983

..... li .....

Cognome..... Nome .....

nato/a a ..... il .....

residente a .....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica delle attività sportive non agonistiche previste in ambito scolastico dal D.M. 28/02/83.

*Il presente certificato, ai sensi del vigente ACN e del D.M. 28/02/83, e' rilasciato gratuitamente per esclusivo uso scolastico.*

In fede

.....

Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio

**Caratteristiche del certificato (nota a margine)**

1. Nell'intestazione devono comparire i dati del medico e la sua specializzazione,
2. Deve essere specificato che trattasi di un certificato per l'attività non agonistica;
3. Nel certificato non devono assolutamente comparire dati personali, fatta eccezione per quelli anagrafici ( Legge sulla privacy);
4. In calce devono essere riportati data, nome del medico che ha eseguito la visita e timbro con numero regionale.

**N.B. Il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva agonistica è demandato esclusivamente al medico specialista in Medicina dello Sport operante in strutture pubbliche**

# I.C.S. " E. DE FILIPPO "

## S. GIORGIO A CREMANO

1 foto

Anno scolastico 2011 - 2012 - N° registro generale =

Cognome e nome dell' ALUNN__	Classe e sezione
Luogo e data di nascita	Indirizzo e numero telefonico

Autorizzo mi\_\_ figli\_\_ a partecipare ai **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI a.s. 2011/2012** che si svolgeranno i giorni **MARTEDÌ** e **VENERDÌ** dalle ore 14,15 alle ore 16,15 secondo il calendario esposto in bacheca.

Firma del genitore \_\_\_\_\_

Attività scelta (anche 3)	Corsa campestre	Pallavolo femminile
Tennis da tavolo	Aletica leggera	Calcio a 5
Nuoto		

Modello A

### RICHIESTA PER PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' SPORTIVA SCOLASTICA E PER IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' MEDICA ai sensi del D.M. 28/02/1983

Al Sig. Dirigente Scolastico

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nat. a \_\_\_\_\_, genitore dell'alunn \_\_\_\_\_, iscritt. per il corrente a.s. \_\_\_\_\_ alla Scuola/Istituto \_\_\_\_\_,

chiede

- > che i propri figli venga ammessi a partecipare alle attività parascolastiche e complementari di avviamento alla pratica sportiva, promosse e organizzate dalla scuola;
- > che sia compilata l'attestazione in calce riportata, onde poter sottoporre i propri figli a visita medica per il rilascio del prescritto certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica, di cui al D.M. SANITÀ del 28/02/1983.

Data \_\_\_\_\_

Firma del Genitore \_\_\_\_\_

N.B. - In caso di alunno maggiorenne la richiesta va sottoscritta dallo stesso.

Denominazione Scuola/Istituto _____
Indirizzo _____
Comune _____ Prov. _____
Telefono _____ Fax _____

Prot. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Si attesta che questa Scuola ha deliberato, nell'ambito del proprio POF, l'attività parascolastica e complementari di avviamento alla pratica sportiva per la quale è stata presentata istanza di partecipazione.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

II. DIRIGENTE SCOLASTICO  
(Prof. ssa Chiara Priore)

*Chiara Priore*