



ISTITUTO COMPRENSIVO RAPALLO-ZOAGLI

VIA FERRETTO, 4 - 16035 - RAPALLO (GE) – tel. 0185 231085
C.F. 91045810107 - C.M. GEIC866008 - e-mail geic866008@istruzione.it - e-mail pec geic866008@pec.istruzione.it

MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITÀ SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

(ai sensi dell'A.C.N. della Pediatria di Famiglia del 29 maggio 2009, art. 44 e allegato H, dell'A.C.N. della Medicina Generale del 29 maggio 2009, art. 45 e 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.

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

La sottoscritta Dott.ssa Elisabetta Abamo, in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Rapallo -Zoagli

Chiede

Come indicato sul sito Asl4 al link <https://www.asl4.liguria.it/medici-e-pediatri/>, che l'alunno/a _____ nato/a il _____ frequentante la classe _____ venga sottoposto al controllo sanitario **GRATUITO** per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

ATTIVITÀ PARASCOLASTICHE

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario delle lezioni curricolari di Educazione Fisica.

Rapallo, ...

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

-

Dott.ssa Elisabetta Abamo

CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

Certifico che l'alunno/a _____ nato/a il _____ sulla base della visita da me effettuata in data _____

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato, ad uso esclusivo scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data.....

IL MEDICO CURANTE
(timbro e firma)