



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**I.C. Leonardo da Vinci**

Viale della Grande Muraglia, 37

Via Lione, 3 – Via dell'Elettronica, 3 - 00144 Roma

C.F. 80235210582 – C.M. RMIC8BZ00C

✉ rmic8bz00c@istruzione.it - ✉ rmic8bz00c@pec.istruzione.it  **SCIENZE**

www.icleonardodavinci.edu.it ☎ - 📠 0652209322



Anno Scolastico \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico

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;
- CAMPIONATI STUDENTESCHI NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE;

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si ha la necessità di acquisire la certificazione medica attestante il suo stato di buona salute. Si chiede, pertanto, che l'alunno venga sottoposto a visita medica che, ai sensi del D.M. 24/04/2013 (G.U. n.169 del 20/07/2013) e successive modifiche ed integrazioni, deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.

Data \_\_\_\_\_

Timbro della Scuola



Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Maria Federica Grossi

**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

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Medico certificatore

( timbro e firma)