



MINISTERO dell'ISTRUZIONE e del MERITO  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

**I.C. Leonardo da Vinci**

Viale della Grande Muraglia, 37 – 00144 ROMA

Via Lione, 3 – Via dell'Elettronica, 3

C.F. 80235210582 – C.M. RMIC8BZ00C

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

www.icleonardodavinci.edu.it ☎ - 📠 0652209322



## ANNO SCOLASTICO 2025/26

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Dott.ssa **Maria Brancati** 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 MIUR o da Enti pubblici e privati.

ATTIVITÀ ORGANIZZATE DAL CONI, DA SOCIETÀ SPORTIVE AFFILIATE ALLE FEDERAZIONI SPORTIVE NAZIONALI, ALLE DISCIPLINE ASSOCIATE, AGLI ENTI DI PROMOZIONE SPORTIVE RICONOSCIUTE DAL CONI;

CAMPIONATI STUDENTESCHI NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE;

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

**Maria Brancati**

## 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 consenti dalla legge.

Roma, lì \_\_\_\_\_

Il Medico certificatore

\_\_\_\_\_ (timbro e firma)