



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 Leone, 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 2026/27

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 consentiti dalla legge.

Roma, lì _____

Il Medico certificatore

_____ (timbro e firma)