



F.I.M.P.

USR

veneto

Federazione Italiana Medici Pediatri

Regione Veneto

Attività sportiva scolastica

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO ed eventuale richiesta elettrocardiogramma con codice gratuità I01**

ISTITUTO COMPRENSIVO "SILVIO TRENTIN"

VIA CAVALLETTO, 16

SCUOLA/ISTITUTO: .....VE--MESTRE.....

Ai sensi dell'art. 1 lett. a) e c) del D.M. 28-02-83 e dell' ACN 29 luglio 2009 – allegato H

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Roberto Gaudio

Il sottoscritto ..... nella sua qualità di legale

rappresentante della Scuola/Istituto.....

chiede che l'alunno.....

nato il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell'ambito scolastico, di

attività sportive non agonistiche relative a :

1) [ ] **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel P.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal C.S.A. o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.  
Disciplina sportiva : .....

2) [ ] **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:** nelle fasi successive alle selezioni di Istituto ( fasi Intercomprensoriali )

(barrare la casella che interessa)

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(timbro e firma autografa)

.....  
*Roberto Gaudio*



**F.I.M.P.**  
*Federazione Italiana Medici Pediatri*  
**Regione Veneto**

Istituto Scolastico .....

**CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE**

Rilasciato ai sensi e per i fini di cui all'art.1, lett. a) e c) del D.M. 28-02-83 e dell' ACN 29 Luglio 2009

**COGNOME**.....**Nome**.....  
**nato/a il**.....**a**.....

**residente in via** .....

**Comune di** .....**Provincia (        )**

Il paziente sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta al momento della visita controindicazioni in atto alla pratica di **attività sportive non agonistiche**.

Il presente certificato, emesso su specifica richiesta del legale rappresentante della Scuola / Istituto ..... e ad esclusivo uso della stessa, ha validità annuale dalla data di rilascio.

Data.....

Firma.....