MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLE RICERCA

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Istituto Comprensivo statale "VIA DE ANDREIS" via L.De Andreis, 10 – 20137 Milano Tel. 02/88447156

Ai sensi del decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 – allegato H

La sottoscritta PARI ANTONELLA nella sua qualità di legale rappresentante dell'I.C.S. "VIA DE ANDREIS"

C H I E D E

che l'alunno/a _____

nato/a a _____ il _____ frequentante la classe _____ sez. _____

venga sottoposto/a 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 curriculare e/o extracurriculare con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.

Milano, 17/09/2018

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Antonella PARI

Istituto Comprensivo Statale "Via De Andreis" MILANO

Allegato F

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE DELL'UNIVERSITA' E DELLE RICERCA

Modulo rilascio certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico in ambito scolastico (D.M. 24 aprile 2013 e s.m.i.all.H)

Istituto: _____

Studente: _____

Nato/a: _____ il _____

Residente: _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G. eseguito in data _____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

_____, _____

Dott. _____