

**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO
SCOLASTICO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)**

Ai sensi dell'A.C.N. della Pediatria di Famiglia del 29 maggio 2009, art. 44 e allegato H, dell'A.C.N. della Medicina Generale del 29 maggio 2009, art. 45 e del D.M. dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica", nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015.

La sottoscritta Dott.ssa Marilena Giglia, in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Statale "A. Manzoni" di Ravanusa

Chiede

Che l'alunno/a: _____, nato/a a _____
il _____ frequentante la Scuola Secondaria di I grado, classe _____

venga sottoposto/a al controllo sanitario GRATUITO per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative ad entrambi i seguenti punti:

A) ATTIVITA' PARASCOLASTICHE

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF – non in orario delle lezioni curricolari di Scienze Motorie.

B) CAMPIONATI STUDENTESCHI

Solo per coloro che partecipano a tutte le fasi dei Campionati Studenteschi precedenti quelle nazionali.

Ravanusa, _____

Il Dirigente Scolastico
Marilena Giglia

Documento informatico firmato digitalmente ai sensi
del D.Lgs 82/2005 s.m.i. e norme collegate il quale
sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa