



Ministero dell'Istruzione e del Merito
 Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "Giovanni FALCONE e Paolo BORSELLINO"- MORLUPO
 Sede legale: Via G.B. De Mattia, 1 - 00067 Morlupo
 XXXI DISTRETTO SCOLASTICO Cod. Meccanografico. RMIC88600Q
 www.icmorlupo.edu.it - pec: rmic88600q@pec.istruzione.it - posta elettronica ordinaria: rmic88600q@istruzione.it
 ☎ 069070085 ☎ 069071597



Sedi associate:
 Scuola dell'infanzia "Don Pino PUGLISI" - Via San Pellegrino, 27 - ☎ 069071730
 Scuola dell'infanzia "Giovina TAMBURELLI" - Via Domenico Benedetti snc - ☎ 0690192740
 Scuola primaria "Giuseppe DI MATTEO" - Via San Pellegrino, 23/a - ☎ 069071436
 Scuola primaria "Rosario LIVATINO" e Scuola secondaria di primo grado "Domenico Antonio VENTURINI"
 Via G.B. De Mattia, 1 - ☎ 069070085
 Cod. fiscale 97197120583
 Codice Univoco Fatture Elettroniche UF7W7L
 Codice iPA istsc_rmic886001q

AL MEDICO CURANTE

Oggetto: richiesta Certificato di Idoneità Sportiva non Agonistica a.s. 2024/2025

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "G.Falcone e P.Borsellino" Morlupo 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.
- 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
 Dott.ssa Flavia Mezzanotte

CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA A.S. 2024/2025

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.

_____ li _____

Il Medico certificatore

 (timbro e firma)