



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
I.C.S. "CARDARELLI - MASSAUA"
Via Scrosati, 4 - 20146 Milano
Centralino 02.884.41534 - Didattica 02.884.44511
Amministrazione 02.884.41541- Personale 02.884.44510
C.F. 80124050156 - Codice Meccanografico MIIC815005
E-mail: MIIC815005@istruzione.it - MIIC815005@pec.istruzione.it
Web: <https://cardarelli-massaua.edu.it>



MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

(approvato nelle sedute dei Comitato Aziendali della Pediatria di Famiglia del 14/06/2018 e della Medicina Generale del 13/06/2018)

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.

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Il sottoscritto TORTORETO MANFREDO FRANCO in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto IC CARDARELLI-MASSAUA, Via Scrosati 4 Milano, 20146,

Chiede

che l'alunno/a

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

venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO (1) per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportiva non agonistiche relative 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 Educazione Fisica.
- ☐ **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI**
solo per coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi alle fasi successive a quella d'istituto e precedenti quelle nazionali.

Data.....



Il Dirigente Scolastico
Dott. Manfredo Franco Tortoreto

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

certifico che l'alunno/a.....

nato/a il.....

sulla base della visita da me effettuata, dei valori pressori rilevati, nonché del referto dell'ECG effettuato in data
...../...../.....

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato, ad uso esclusivo scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data.....

IL MEDICO CURANTE

(timbro e firma)

.....

(1) D.G.R. Lombardia prot. H12015.0009787 DEL 26-03-2015, nonché ai citati D.M.