 

**Ministero dell’Istruzione**

#### Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

#### DIRIGENZA SCOLASTICA STATALE VII Circolo “MONTESSORI – MARIA CLOTILDE PINI”

**Via S.M.Goretti, 41 = 00199 R O M A Tel.: 86 20 83 92 = Fax: 86 20 83 95**

**c.f. 80423810581 c.m. rmee00700r**

**mail:** rmee00700r@istruzione.it**pec:** rmee00700r@pec.istruzione.it

#### Oggetto: Certificato medico per attività sportiva non agonistica a.s. 2021-2022.

Il sottoscritto ………………………………………………………. e la sottoscritta………………………………………., preso atto che nel PTOF del VII CD Montessori-M.C.Pini sono inserite le seguenti attività sportive:

1. Attività HOCKEY SU PRATO sede impianto sportivo “G. Onesti”.

DICHIARANO

che il proprio figlio/a\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (provincia o Stato \_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ del VII CD Montessori-M.C.Pini nell’ambito delle attività ludiche- sportive inserite da questo Istituto nel PTOF a.s. 2021-2022, parteciperà alle seguenti attività sportive (in orario scolastico, sia in sede che fuori dall’Istituto-(barrare la/e voce/i interessata/e):

1. Attività HOCKEY SU PRATO sede impianto sportivo “G. Onesti”

Per tale motivo, i sottoscritti presentano - come previsto dal Decreto Ministero della Salute dell’8/8/2014 Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l’attività sportiva non agonistica - un certificato medico prodotto dal proprio medico curante attestante, ai fini assicurativi, la buona salute per attività sportiva non agonistica:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| ***Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico***Alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,nat\_\_ a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (provincia o Stato \_\_\_\_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_.Il soggetto, 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. Data, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico*Si rilascia il presente certificato per uso scolastico prodotto in forma gratuita.* |

 |  |  |

 Firma dei Genitori