

*Ministero dell’Istruzione*

**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio**

***Istituto Comprensivo “Montessori*-Maria Clotilde Pini”**

Via S. M. Goretti, 41 – 00199 R O M A – 🕿 06 / 86 20 83 92 – 🖷 06 / 86 20 83 95

C. F. 96535380586 - C.M: RMIC8G900L

 **mail:** **RMIC8G900L@istruzione.it** **pec:** **RMIC8G900L@pec.istruzione.it**

#### Oggetto: Certificato medico per attività sportiva non agonistica a.s. 2022-2023.

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

1. Attività HOCKEY SU PRATO sede impianto sportivo “G. Onesti”.
2. Attività NUOTO sede impianto sportivo “F. Bernardini”.

DICHIARANO

che il proprio figlio/a\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (provincia o Stato \_\_\_\_\_\_) il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, frequentante la classe \_\_\_\_\_ sezione \_\_\_\_\_ dell’I.C. Montessori-M.C.Pini nell’ambito delle attività ludiche- sportive inserite da questo Istituto nel PTOF a.s. 2022-2023, 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”.
2. Attività NUOTO sede impianto sportivo “F. Bernardini”.

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