



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto Comprensivo "Montessori-Maria Clotilde Pini"

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. 20....-20....

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. 20...-20...., 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