



Ministero della Pubblica Istruzione Dell'Università e della Ricerca

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

DIREZIONE VII Circolo Didattico "MONTESSORI"

Via S.M.Goretti, 41- 00199 R O M A Tel. 06.86 20 83 92 Fax. 06.86 20 8395

e-mail rmee00700r@istruzione.it

Oggetto: Certificato medico per attività sportiva non agonistica a.s. 2019-2020.

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

- 1. attività NUOTO sede impianto sportivo "F. Bernardini";
2. attività HOCKEY SU PRATO sede impianto sportivo "G. Onesti".
3. Attività Motoria presso la scuola medesima.

DICHIARANO

che il proprio figlio/a ..... nat. a ..... (provincia o Stato ..... ) il ... / ... / ... , frequentante la classe ... sezione ... del VII CD Montessori, nell'ambito delle attività ludiche- sportive inserite da questo Istituto nel PTOF a.s. 2019-2020, parteciperà alle seguenti attività sportive (in orario scolastico, sia in sede che fuori dall'Istituto-(barrare la/e voce/i interessata/e):

- 1. attività NUOTO sede impianto sportivo "F. Bernardini";
2. attività HOCKEY SU PRATO sede impianto sportivo "G. Onesti"
3. Attività Motoria presso la scuola medesima.

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.

La Dirigente Scolastica
[Signature]