

Al Medico Curante dell'Alunno/a _____

OGGETTO: Richiesta Certificato di Buona salute per la pratica sportiva non agonistica
(D.I. del 24 aprile 2013 - Legge n° 98 del 09 agosto 2013 - Decreto Ministero della Salute dell'8 agosto 2014)

Con la presente si chiede che l' alunno/a _____ frequentante il Liceo "G. Marconi" di Pescara, venga sottoposto al controllo sanitario di cui alla normativa citata in premessa, al fine del rilascio per uso scolastico del certificato di buona salute per la pratica sportiva non agonistica per svolgere:
-attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell' ambito delle attività parascolastiche;
-partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle varie manifestazioni.

Si precisa che la presente richiesta viene inoltrata per permettere all' alunno/a di frequentare le attività di avviamento alla pratica sportiva in orario extra-curricolare delle discipline previste dai Giochi Sportivi Scolastici. Si garantisce che il certificato IN ORIGINALE sarà acquisito agli Atti della Scuola e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.


LA DIRIGENTE SCOLASTICA
Dott.ssa Giovanna Ferrante

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICA

Dott. _____ certifico che l' alunno/a _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
in via _____ sulla base della visita da me effettuata, dei valori di
pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____
non presenta controindicazioni alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato viene rilasciato su richiesta della scuola e non può essere utilizzato per altri scopi.

La validità del certificato è dal _____/2022 al _____/2023.

Luogo e data, _____

Timbro e firma del Medico certificatore