**MODULO / CERTIFICATO MEDICO**

****

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO**

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE “VIA DEI PAPARESCHI”**

Liceo Scientifico opz. Scienze Applicate - Liceo Scienze Umane opz. Economico Sociale -

Liceo Linguistico - Ist. Tecnico Amministrazione Finanza e Marketing - Art. Relazioni Internazionali

Sede Centrale: Via dei Papareschi, 30/A - 00146 Roma - Tel. 06/12.112.69.05 - 06/55.30.89.13

Sede Succursale: Via delle Vigne, 205 - 00148 Roma - Tel. 06/65.67.81.86 - 06/12.112.66.65

C.F. 80227330588 - Cod. Meccanografico: RMIS09100B Cod. Univoco UF3E4N

E-Mail: [rmis09100b@istruzione.it](file:///C:\Users\Dirigente.SEGRETERIA\Downloads\rmis09100b@istruzione.it) - PEC: [rmis09100b@pec.istruzione.it](file:///C:\Users\Dirigente.SEGRETERIA\Downloads\rmis09100b@pec.istruzione.it)

**PER ATTIVITA’ SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO**

**RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)**

La sottoscritta Paola Palmegiani in qualità di Dirigente Scolastico dell’Istituto “IIS Via dei Papareschi”

**CHIEDE**

che l’alunno/a ..........................................................................................................................................…........

nato/a il..................................................... frequentante la classe…………………..................................................

venga sottoposto al controllo sanitario **GRATUITO** per la pratica nell’ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

**⃝ ATTIVITA’ PARASCOLASTICHE**

alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell’ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario delle lezioni curricolari di Educazione Fisica.

**⃝ GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI**

solo per coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi alle fasi successive a quella d’istituto e precedenti quelle nazionali.

Roma, li \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico**

**Prof.ssa Paola Palmegiani**

Documento informatico firmato digitalmente ai

sensi del D.Lgs. 82/2005 CAD ss.mm.ii e norme collegate

**CERTIFICAZIONE DI IDONEITA’ (A CURA DEL MEDICO CURANTE)**

certifico che l’alunno/a........................................................................................................................................

nato/a il.....................................................

sulla base della visita da me effettuata, dei valori pressori rilevati, nonché del referto dell’ECG effettuato in data ……/……/……….

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato, ad uso esclusivo scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data................................... IL MEDICO CURANTE

(timbro e firma)

...................................................................