****

**MINISTERO DELL’ISTRUZIONE E DEL MERITO**

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

***Istituto Istruzione Superiore “VIA DEI PAPARESCHI”***

**Liceo Scientifico Scienze Applicate – Liceo Linguistico – Liceo Scienze Umane opz. Economico Sociale –**

**I.T. Amministrazione Finanza e Marketing**

Sede Centrale: Via dei Papareschi, 30/A - 00146 Roma - Tel. 06/12.112.69.05 – 06/55.30.89.13 Fax 06/55.62.789

Sede Succursale: Via delle Vigne, 205 – 00148 Roma – Tel. 06/65.67.81.86 – 06/12.112.66.65 Fax 06/65.67.83.52

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

E-Mail: rmis09100b@istruzione.it PEC: rmis09100b@pec.istruzione.it

**MODULO / CERTIFICATO MEDICO 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.

⃝ **X GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI**

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

Data................................... IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(timbro e firma)

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

**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)

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