

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "VIA DEI PAPAPRESCHI"

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 Papapreschi, 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 - PEC: rmis09100b@pec.istruzione.it

MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

RICHIEDA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

La sottoscritta Paola Palmegiani in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto "IIS Via dei Papapreschi"

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.

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)

.....