Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "A. Balabanoff

DICHIARA

Che l'alunno/a _____ nato a _____

Il _____ ,

svolgerà attività ludico motoria e/o attività fisico/sportiva non agonistica e/o parteciperà al Centro Sportivo Studentesco nelle fasi precedenti quelle nazionali, nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da codesto organo scolastico, e per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1 del D.M. 28/02/1983 — L.R, 15/12/1994, n. 94, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico. (Rif. Linee guida del Ministero della Salute del 17/06/2015 – Nr. 0004165-P-16/06/2015).

Roma

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

*Il Dirigente scolastico*
*Maria Michela Spagnulo*

CERTIFICO CHE:

Cognome Nome_____

Nato a_____ il _____

Residente a Via/P.za _____

☐ In base alla visita medica da me effettuata è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività ludico motoria in ambito scolastico.

☐ In base agli accertamenti diagnostici ritenuti idonei, è in grado di partecipare ad attività sportive non agonistiche organizzate nell'ambito delle attività parascolastiche, e/o ai giochi sportivi studenteschi

Accertamenti effettuati quando prescritti:

☐ ANAMNESI E ESAME OBIETTIVO, COMPLETO DI MISURAZIONE DELLA PRESSIONE ARTERIOSA

☐ E.C.G. A RIPOSO EFFETTUATO ALMENO UNA VOLTA NELLA VITA;

☐ E.C.G. A RIPOSO REFERTATO CON PERIODICITA' ANNUALE IN PRESENZA DI PATOLOGIE CRONICHE CONCLAMATE

☐ ALTRO _____

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, su richiesta del Capo d'Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/1983).

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per uso scolastico.

Data_____

Firma e timbro del Medico