



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto d'Istruzione Superiore Statale "Caravaggio"

Viale Carlo Tommaso Odiscalchi, 75 - 00147 Roma

Sedi Liceo Artistico (RMSL08201X): Viale Carlo Tommaso Odiscalchi 75 - V.le Oceano Indiano 60/64 - Via Argoli 45

Tel. 06 12112 6965 - Tel. 06 12112 6966 - Fax 06 51604078

E-mail RMIS08200L@istruzione.it - PEC: RMIS08200L@pec.istruzione.it - Sito web: www.istruzioneecaravaggio.it

XIX Distretto Scolastico - Codice meccanografico RMIS08200L - Codice Fiscale 97567330580 -



RICHIESTA DI CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO SCOLASTICO

Legge 9 agosto 2013 n. 98 - Conversione del Decreto Legge 69/2013

Linee Guida del Ministero della Salute 8 agosto 2014

La sottoscritta Prof.ssa Adele Bottiglieri, Dirigente Scolastico dell'IISS "Caravaggio" di Roma,

CHIEDE

il rilascio del **certificato medico sportivo non agonistico** per le attività sportive parascolastiche previste all'interno del PTOF (Piano Triennale dell'Offerta Formativa) ad esclusivo uso scolastico per l'alunno/a

_____ della classe _____ sezione _____

nato/a _____ (____) il ____ / ____ / ____

residente in _____ via/piazza _____

L'alunno/a suddetto/a prenderà parte ad **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE** intese come attività fisico sportive svolte in orario curricolare o extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare o campionati caratterizzati da competizione tra atleti.

Roma, _____

**Il Dirigente Scolastico
(Prof. ssa Adele Bottiglieri)**

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

L'alunno/a _____

nato/a _____ (____) il ____ / ____ / ____

residente in _____ via/piazza _____

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 in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Roma, _____

Firma e timbro del medico curante