



CERTIFICAZIONE PER ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

L'Istituto Comprensivo IC Lucca3

CHIEDE

per il/la proprio/a allievo/a _____
nato/a a _____ il _____
residente a _____

il rilascio del **Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico**

Per lo svolgimento di **attività fisico-sportive** organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche**

Per la partecipazione ai **Giochi Sportivi Studenteschi** nelle fasi precedenti a quella Nazionale.

***Sono definite attività parascolastiche tutte quelle attività organizzate dalla scuola al di fuori dei Curricoli obbligatori, ma inserite nel PTOF, svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, Non rientrano tra le attività parascolastiche le attività curricolari, anche se svolte al di fuori degli orari della scuola.*

Data, _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Elisabetta Giannelli

CERTIFICAZIONE PER ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Legge n°125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della Salute dell'8/08/2014

Il/La Sig./ra _____,

genitori dell'alunno/a _____

sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori della pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ___/___/___

NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA.

**Il presente certificato ha validità annuale dalla data del suo rilascio

Data, _____

Firma e timbro
del Medico Certificatore