

Circ. n. 110 ALU/GEN/DOC

Ancona, 19 ottobre 2022

Agli alunni e relative famiglie
Ai docenti
classi
1A-1F-1P-1M-2I-2A-2K

Sede di Ancona

Oggetto: Certificato medico per attività sportiva "TUTTI IN CAMPO"

Si comunica che le classi **1A-1F-1P-1M-2I-2A-2K** sono state individuate per partecipare al progetto "TUTTI IN CAMPO" organizzato dall'USR- coordinamento ed. Fisica.

Le attività di tipo ludico-sportivo, in oggetto, rientrano in quelle attività per cui è richiesto il certificato del medico di base, in ottemperanza al DM 24-04-2013 e al DM 08-08-2014, motivo per cui, i ragazzi, frequentanti le classi di cui sopra, sono tenuti a presentare la certificazione del proprio medico o, in alternativa, un certificato rilasciato da un centro di medicina dello sport.

Le famiglie dei ragazzi potranno richiedere al proprio medico di base il certificato in oggetto a titolo gratuito, scaricando e compilando il documento allegato.

LA DIRIGENTE SCOLASTICA

Saula Rosati

La firma autografa è sostituita dall'indicazione a stampa sul documento prodotto dal sistema automatizzato del nominativo del soggetto responsabile. Ai sensi dell'art. 3 del d.lgs.12/2/93 n. 39

MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

(approvato nelle sedute dei Comitati Aziendali della Pediatria di Famiglia del 14/06/2018 e della Medicina Generale del 13/06/2018)

ai sensi dell'A.C.N.della Pediatria di Famiglia del 29 maggio 2009, art. 44 e allegato H, dell'A.C.N. della Medicina Generale del 29 maggio 2009, art. 45 e del D.M dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica", nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015.

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

Il sottoscritto in qualità di Dirigente Scolastico.....

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)

.....