Ministero dell'Istruzione e del merito
Istituto Comprensivo Statale di Lesmo
Via Donna Rosa, 13 - 20855 LESMO (MB) - Cod. Mecc. MBIC8BS008
Tel. 0396065803 - Fax 0396980042 - C.F.: 94030860152 - E-mail: MBIC8BS008@istruzione.it
Pec: MBIC8BS008@pec.istruzione.it - Sito web: https://www.icslesmo.edu.it

Circolare n. 14 / Famiglie

Lesmo, 20/09/2023

Alle famiglie degli alunni
Scuola Secondaria di I Grado

Oggetto: Richiesta di certificato medico per attività sportive scolastiche

Gentilissimi genitori,
gli alunni che svolgono attività fisico-sportive, organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche, e coloro che partecipano ai Campionati Studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale. devono essere in possesso di un certificato medico per attività sportiva valido.
Se vostro/a figlio/a pratica altre attività sportive è sufficiente portare copia del certificato medico sportivo al/la docente di ed. fisica.
Se vostro figlio/a ne fosse sprovvisto occorre rivolgersi al pediatra e presentare il modulo che è allegato alla presente circolare per ottenere gratuitamente il certificato medico di attività sportiva non agonistica ad uso esclusivamente scolastico.
Il certificato medico sarà valido per tutte le attività sportive che la scuola proporrà sia in orario extra scolastico sia per partecipare ai campionati studenteschi.
Ringrazio per la collaborazione.
Cordiali saluti

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Elisabetta Biraghi
**Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c. 2, D.Lgs. n. 39/1993*

Ministero dell'Istruzione e del merito
Istituto Comprensivo Statale di Lesmo
Via Donna Rosa, 13 - 20855 LESMO (MB) - Cod. Mecc. MBIC8BS008
Tel. 0396065803 - Fax 0396980042 - C.F.: 94030860152 - E-mail: MBIC8BS008@istruzione.it
Pec: MBIC8BS008@pec.istruzione.it - Sito web: https://www.icslesmo.edu.it

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto del Ministero della Salute del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n. 69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013; dell'art. 4, comma 10 septies del Decreto Legge n. 101 del 31/08/2013, convertito con modificazioni, dalla Legge n. 125, del 30/10/2013;
del Decreto del Ministero della Salute dell'08/08/2014 (Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica); della Nota esplicativa del 17 giugno 2015; della Nota integrativa del 28 ottobre 2015;
la Dirigente Scolastica prof.ssa Elisabetta Biraghi, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto Comprensivo Statale di Lesmo, **chiede che**

l'alunno/a_____
nato/a il _____a_____
frequentante la classe_____
venga sottoposto/a al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per lo svolgimento di campionati studenteschi, gare e competizioni, nell'ambito scolastico, di attività sportive inserite nel PTOF.

Data.....

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Elisabetta Biraghi
(firma autografa omessa art. 3 dlgs. 39/1993)

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA
Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall'Autorità scolastica in data
……/……/…… si certifica che il …… nato a……
il ……/……/…… residente a……., sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data……., non presenta controindicazioni in atto allo svolgimento delle attività sportive organizzate dalla scuola.
Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.
Luogo …….. data, ……/……/…..
Firma e timbro del medico