

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **images** | **ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE DI VIALE LIBERTA’**Scuole dell’ Infanzia “S. Maria delle Vigne” - “C. Corsico”Scuole Primarie “E. De Amicis” - “ A. Botto”Scuola Secondaria di Primo Grado “G. Robecchi”Viale Libertà, 32 – 27029 Vigevano (PV) Tel. 0381/42464 - Fax 0381/42474e-mail pvic83100r@istruzione.it - Pec: pvic83100r@pec.istruzione.itSito internet: [www.icvialelibertavigevano.edu.it](http://www.icvialelibertavigevano.edu.it)Codice Fiscale 94034000185Codice Meccanografico: PVIC83100R | Descrizione: C:\Users\ALESSIO\Dropbox\ISTITUTO.png |

**RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA’ SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)**

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.

Il sottoscritto Dott.ssa Giovanna Montagna, in qualità di Dirigente Scolastico dell’Istituto Comprensivo Statale di Viale Libertà Vigevano

Chiede

Che l’alunno/a: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ frequentante la Scuola Secondaria di I grado “G. Robecchi”, classe \_\_\_\_\_\_

venga sottoposto/a al controllo sanitario GRATUITO (1) 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.

* **CAMPIONATI STUDENTESCHI**

Solo per coloro che partecipano a tutte le fasi dei Campionati Studenteschi precedenti quelle nazionali.

Vigevano, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Dott.ssa Giovanna Montagna

Firma autografa ai sensi del D.Lgs 39/1993 art.3 c. 2

1. D.G.R. Lombardia prot. H12015.0009787 DEL 26.03.2015, nonché ai citati D.M.