

Il Dirigente Scolastico del _____

dichiara che l'alunno/a _____ .nato/a a _____

il _____ classe _____ è stato selezionato a partecipare alle attività

fisico-sportive parascolastiche svolte in orario extra curriculare finalizzate alla partecipazione a gare e campionati.

Per tale motivo chiede al medico curante il rilascio di un certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo NON agonistico.

Timbro della Scuola

Data _____/_____/_____

Il Dirigente Scolastico

(da firmare in originale)

CERTIFICATO DI IDONEITA'
ALLA PRATICA SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Si certifica che

Cognome _____ Nome _____

Nato/a _____ il _____

Residente a _____ via _____

sulla base della visita medica da me effettuata, dai valori di pressione arteriosa rilevati, non presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva **NON** agonistica.

Il soggetto ha effettuato un ECG di controllo A RIPOSO in data _____

Non si ritiene necessario effettuare un ECG di controllo A RIPOSO.

Si rilascia gratuitamente, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio ed è valido esclusivamente in originale e per il solo uso scolastico.

Data _____

IL MEDICO
