



Ministero Dell'istruzione, Dell'università e Della Ricerca
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO DI SUBIACO
Via Carlo Alberto Dalla Chiesa, 00028 Subiaco (RM)
Tel.fax 077484377 - 0774816300
Codice Meccanografico: RMIC8DZ00R
Mail: rmic8dz00r@istruzione.it

Circolare n° 10

Subiaco, 19 settembre 2018

• **A tutti i genitori
dell'istituto comprensivo di
Subiaco**

Si comunica che anche per l' anno scolastico 2018/2019 servirà il certificato medico per la pratica di attività sportive non agonistiche, relative alle **attività parascolastiche** svolte in orario extracurricolare e ai **campionati studenteschi**.

Tale documento è disponibile sul sito della scuola nella sezione modulistica, categoria alunni.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Maria Rosaria Sebastiani



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
 UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO DI SUBIACO – 24° C.T.P. del Lazio
 Via Carlo Alberto Dalla Chiesa, 00028 Subiaco (RM)
 Tel. 0774816300 fax. 077484377
 Mail: rmic8dz00r@istruzione.it -
 C.M. RMIC8DZ00R

Ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e s.m.

Il Dirigente scolastico dell'I.C. Subiaco
 chiede che:

l'alunna/o..... Classe

Nata/o ail.....

venga sottoposta/o al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per la pratica di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico relative a:

- **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come pratiche fisico-sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate anche alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.
- **CAMPIONATI STUDENTESCHI:** dalle fasi di istituto fino alle fasi regionali comprese.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

[Handwritten signature]

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Certifico che

Cognome.....Nome.....

Nata/o a il

Residente.....Via.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato E.C.G. eseguito in data, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

*Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico per gli usi consentiti dalla legge.
 Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio, ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.*

 Firma e timbro del medico