

**F.I.M.P.**

**USR Veneto**

*Federazione Italiana Medici Pediatri*

**Regione Veneto**

**Attività sportiva scolastica**

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO**

**SCUOLA/ISTITUTO:** .....

Ai sensi dell'art. 1 lett. a) e c) del D.M. 28-02-83 e dell' ACN 29 luglio 2009 – allegato H

Il sottoscritto ..... nella sua qualità di legale

rappresentante della Scuola/Istituto.....

chiede che l'alunno.....

nato il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell'ambito scolastico, di

attività sportive non agonistiche relative a :

- 1)  **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel P.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal C.S.A. o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.

Disciplina sportiva : .....

- 2)  **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:** nelle fasi successive alle selezioni di Istituto ( fasi Intercomprensoriali )

(barrare la casella che interessa)

Data.....

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**

(timbro e firma autografa)

.....