|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| https://lh5.googleusercontent.com/TTfkAq51XHq9HRYzMG_1IKwoCFq0rnmCmQbFZx_66ZaHleeYPpyzrmJ1Svt8Zq6Ryxb17TosAEktVRJKDdGC6jlgqUN4s3or2-ecj46aVM3oYpgBYL4EtWeXIBd6b0sJArpNIBV-_2nuv3M_DPdwwQ | *Ministero dell’Istruzione e del Merito**Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio***ISTITUTO COMPRENSIVO “NELSON MANDELA”**Infanzia, - Primaria - Secondaria di 1° gradoVia dei Torriani, 44 – 00164 Roma Tel. 0666000349Cod. Mecc. RMIC8FW00E – C.F. 97712890587rmic8fw00e@istruzione.it - rmic8fw00e@pec.istruzione.itwww.icnelsonmandela.edu.it | https://lh5.googleusercontent.com/lw557pbmbAT2tv-JdhstS4DDtFWlm_MzcyI0b4_Ix1MBwrIR25MuFbjc0mcUnEZBSDEFvDRbIPvZazc3oF4Qqn-Jf0Br1fWakz1lKF05CWGcqAXZvwDtvKJXD6JvJ2drAEW1yDKuUNJUsrK2iL5bAw |

**RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE DI IDONEITA’ ALLA PRATICA DELL’ATTIVITA’ SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO**

ai sensi *Legge n°125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della Salute dell’8/08/2014*

 Il Dirigente scolastico ***dell'Istituto Comprensivo“Nelson Mandela”*** di ***Roma***

chiede per l’alunno/a ……………………………………………………...........................……….…

nato/a a …………………….……….il ……/……/…… residente a …………………....……….…..

via ……………………………………………………….. classe ………..................………………..

certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva non agonistica, ad uso esclusivo scolastico, per uno dei seguenti motivi:

* A)l’alunno/a prenderà parte ad attività parascolastiche in orario extracurriculare, con partecipazione attiva e responsabile dell’insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare o campionati caratterizzate da competizioni tra atleti.
* B) l’alunno/a è stato/a selezionato/a per partecipare alle fasi successive a quelle di Istituto o di rete di Istituti per i Giochi della Gioventù o Giochi Sportivi Studenteschi.

o C) l’alunno/a parteciperà a manifestazioni sportive organizzate dal seguente Ente pubblico o

 Privato (Attività inserite nel PTOF) con le modalità previste alla lettera A)



**CERTIFICAZIONE DI IDONEITA’ ALLA PRATICA DELL’ATTIVITA’ SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO ESCLUSIVO SCOLASTICO**

ai sensi *Legge n°125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della Salute dell’8/08/2014*

 Vista la richiesta effettuata e sottoscritta dall’Autorità scolastica in data ….…/……/….….

si certifica che .........…………………..................................................nato a………………………..

il ...../..…/..…. residente a…………………….....…., sulla base della visita medica da me effettuata,

dei valori di pressione rilevati, nonché di altro referto di indagini eseguite in data ..…./...…/…..., non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

 Data …../…../….. Il Medico

 (timbro e firma)

 ..........................................................