



Ministero dell'Istruzione e del Merito
 Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
ISTITUTO COMPRENSIVO "NELSON MANDELA"
 Infanzia, - Primaria - Secondaria di 1° grado
 Via dei Torriani, 44 – 00164 Roma Tel. 0666000349
 Cod. Mecc. RMIC8FW00E – C.F. 97712890587
rmic8fw00e@istruzione.it - rmic8fw00e@pec.istruzione.it
www.icnelsonmandela.edu.it



**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 ail/...../..... 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.
- 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)

Il Dirigente Scolastico

Dott.ssa Maria CANOSA

Firma autografata sostituita a mezzo stampa
 ai sensi del D.Lgs 39/1993 art.3 c.25

**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 chenato 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.

Roma,/...../.....

Il Medico
 (timbro e firma)

.....