



UNIONE EUROPEA

FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

PER LA SCUOLA - COMPETENZE E AMBIENTI PER L'APPRENDIMENTO (FSE-FESR)

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Dipartimento per la Programmazione
Direzione Generale per interventi in materia di edilizia
scuolastica, per la gestione dei fondi strutturali per
l'istruzione e per l'innovazione digitale
Ufficio IV

MIUR



ISTITUTO ISTRUZIONE SUPERIORE "ANTONIO MEUCCI"

" Via Marina Vecchia, 230 54100 MASSA (MS)

Tel. 0585 252708 - fax 0585 251012

C.F. 80002760454 – Codice Univoco UFFET5 www.meuccimassa.gov.it

msis01800l@pec.istruzione.it – msis01800l@istruzione.it



RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

L'Istituto Scolastico di Istruzione Superiore "A. Meucci" di Massa

CHIEDE

per il/la proprio/a allievo/a _____

nato/a a _____ (_____) il _____

residente a _____ (_____) via _____ n° _____

il rilascio del **certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico:**

- per lo svolgimento di attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche*
(specificare il tipo di attività che l'alunno svolgerà _____)
- per la partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale
(specificare il tipo di attività che l'alunno svolgerà _____).

Data

____ / ____ / ____

Timbro
della
Scuola

Il Dirigente Scolastico
o suo delegato

* Sono definite attività parascolastiche tutte quelle attività organizzate dalla scuola al di fuori dei curricoli obbligatori (es. corsa campestre o attività sportive organizzate al di fuori dell'orario scolastico).

Non rientrano tra le attività parascolastiche le attività curricolari svolte all'interno dell'orario di Scienze Motorie, anche se svolte al di fuori dei locali della Scuola.

CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

(Legge n°125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della salute dell'8/08/2014)

Il/La Sig./ra, _____ di cui sopra, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____ / ____ / _____ non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del suo rilascio.

Luogo _____

Data _____

Timbro e Firma
Del Medico Certificatore
