



ISTITUTO COMPRESIVO "GIOVANNI XXIII"

Via Ammiraglio Curzon, 34 - 89018 Villa San Giovanni (RC)

Tel. 0965751533 Fax 0965700406 - rcic855001@istruzione.it - www.icgiovannixxiii.gov.it

Codice fiscale **92081280809** - codice meccanografico **RCIC855001**

RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi de decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 - allegato H

La sottoscritta Grazia Maria Trecroci nella sua qualita di legale rappresentante dell'I.C. Giovanni XXIII di Villa S. Giovanni chiede che l'alunno _____

nato a _____ il _____ frequentante la classe ____ sez. ____
plesso _____ venga sottoposto

al controllo sanitario per la pratica, nell'ambito scolastico, di attivita sportive non agonistiche relative a :

- 1) attivita fisico sportive, organizzate da questa Istituzione nell'ambito del Centro Sportivo Scolastico;
- 2) Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti la fase nazionale.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Grazia Maria Trecroci

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

Cognome e Nome _____

Nata/o a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonche del referto del tracciato ECG eseguito in data _____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attivita sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validita annuale dalla data del rilascio.

Data _____

Il medico certificatore
(timbro e firma)