

Via Bellora, 1 – 21013 GALLARATE (VA)
Cod. Mec. VAIC87500P – C.F. 91055830128 <http://www.icgerolamocardano.edu.it>
E-mail: vaic87500p@istruzione.it - tel: 0331777455/0331785248 – fax: 0331782889
Codice univoco: UFCN5W

MODULO PER RICHIESTA CERTIFICATO IDONEITA' PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

La sottoscritta Germana Pisacane, Dirigente Scolastico dell'I.C. "GEROLAMO CARDANO" di Gallarate (VA)

dichiara che

l'alunno _____ nato a _____
_____ il _____ frequentante la classe _____ sez. _____

è stato iscritto per partecipare a:

- attività fisico-sportive parascolastiche svolte in orario extra curricolare
- attività fisico-sportive parascolastiche svolte in orario extra curricolare finalizzate alla partecipazione a gare e campionati
- Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi successive a quelle di istituto che si svolgeranno a partire dalla data

Per tale motivo chiede al medico curante, il rilascio di un certificato di stato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico per l'a.s.2023.2024

Gallarate,/...../2024

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Germana Pisacane
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, comma 2 del D.lgs. n.39/1993)

CERTIFICATO di IDONEITA' Alla PRATICA di ATTIVITA' SPORTIVA di TIPO NON AGONISTICO

Il/la sigror/a _____

Nato/a a _____ il _____

Residente in via/viale/piazza/corso _____ n. _____

Città _____ (Prov.) _____

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

Si rilascia gratuitamente, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in originale e per il solo uso scolastico.

Luogo _____ data _____

Firma del medico certificatore (obbligatoria)

Timbro del medico certificatore (obbligatorio)
