



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
I.C. ARQUATA SCRIVIA – VIGNOLE BORBERA

Il Dirigente scolastico dell'Istituto Comprensivo Arquata S. – Vignole B. _____
 dichiara che l'alunno/a _____, nato/a _____
 il _____, svolgerà **attività fisico-sportiva non agonistica** nelle seguenti specialità: _____
 _____ nell'ambito di attività extracurricolari organizzate
 da codesta Istituzione scolastica e per tale motivo chiede, ai sensi del D.M. 24 aprile 2013 (Pubblicato
 sulla G.U. n. 169 del 20 luglio 2013) e degli Accordi intercorsi con la F.I.M.P. il rilascio di un certificato di
 stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data _____



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

_____ Prof. Andrea Botto _____

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI
 ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO
 (D.M. 24.04.2013)**

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A _____ (____) IL _____

RESIDENTE A _____

Il soggetto, 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 rilascio.

Luogo e data _____

Timbro

IL MEDICO CERTIFICATORE
