



Ministero dell'Istruzione  
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio  
**ISTITUTO COMPRESIVO STATALE ESPERIA**

Sede centrale e segreteria: Esperia (FR) Via San Rocco, 5 CAP 03045 – Tel. 0776938023 – Fax 0776938135 - web: www.icesperia.it  
Codice Fiscale: 81004630604 - Codice Meccanografico: FRIC80300L - Codice Univoco Ufficio: UF24U1 - Codice Attività: 853110  
E-mail: fric80300l@istruzione.it - PEC: fric80300l@pec.istruzione.it,  
IBAN C/C Bancario: IT4220537274370000010175263 – C/C Postale dell'Istituto 1029426440

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto \_\_\_\_\_ dichiara che  
l'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritto e  
frequentante la classe \_\_\_\_\_ svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà alle seguenti  
attività:

- ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' PARASCOLASTICHE; intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR o da Enti pubblici e privati.
- CAMPIONATI STUDENTESCHI NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE;

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si chiede che l'alunno/a venga sottoposto a visita medica ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e successive modifiche e integrazioni.

Data \_\_\_\_\_

Timbro della Scuola

Il Dirigente Scolastico

\_\_\_\_\_

**CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

Si certifica che l'alunno/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Nato/a  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a

\_\_\_\_\_

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.

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

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Il Medico certificatore

\_\_\_\_\_

(timbro e firma)