



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
 Liceo Scientifico Statale "Gaspere Aselli"
 Via Palestro, 31/a - 26100 Cremona (CR)
 Telefoni : **0372/22051** (Centralino)
 e-mail: segreteria@liceoaselli.it; e-mail: crps01000v@istruzione.it
 e-mail: crps01000v@pec.istruzione.it, Sito: www.liceoaselli.edu.it;
C. F. 80003260199



RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO (D.M. 24/04/2013 E SUCCESSIVE MODIFICHE)

Il sottoscrittonella sua qualità di legale rappresentante della Suola/Istituto chiede che l'alunno (cognome e nome) nato il a frequentante la classe sez. LIC/LSA venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013 e successive modifiche per la pratica di attività sportive non agonistiche relative ai progetti sportivi inseriti nel POF d'Istituto. Ai sensi del DPCM 28 novembre 2003.

Il certificato di idoneità sportiva di tipo non agonistica deve essere rilasciato sul modello previsto dal DM 08/08/2014 all. 2 e ha validità un anno da quando è rilasciato.

Si precisa che il certificato IN ORIGINALE sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

Data

Timbro SCUOLA/ISTITUTO

Il Dirigente Scolastico
 Dott. Alberto Ferrari

A.S.L. della Provincia di _____

Dott.: _____ (Medico/Pediatra)

Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo NON agonistico

Cognome..... Nome
 nato a il residente a in
 Via n.

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 alla data del rilascio.

Luogo Data Timbro

FIRMA del Medico Certificatore