*Allegato 1*

**RICHIESTA DI certificazione per attività sportiva**

**DI TIPO non agonistico**

**L’Istituto Scolastico** …………………………………… di ………………………..…..........…

Chiede

per il/la proprio/a allievo/a …………………………………………………………..…………….

nato/a a ………………………………………………………… il ……/……/….……….…..….

residente a ….…….……….……….……….……….……….……….……….……….……..…….

il rilascio del **certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico:**

* per lo svolgimento di attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell’ambito delle attività parascolastiche\*

(specificare il tipo di attività che l’alunno svolgerà……………………………………).

* per la partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale

(specificare il tipo di attività che l’alunno svolgerà ……………………………………).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data | Timbro della | Il Dirigente Scolastico |
|  | Scuola | o suo delegato |
| ……/……/….… |  | ……………………………….. |

* *Sono definite attività parascolastiche tutte quelle attività organizzate dalla scuola al di fuori dei curricoli obbligatori (es. corsa campestre o attività sportive organizzate al di fuori dell’orario scolastico).*

*Non rientrano tra le attività parascolastiche le attività curricolari svolte all’interno dell’orario di Scienze Motorie, anche se svolte al di fuori dei locali della Scuola.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**certificazione per attività sportiva**

**DI TIPO non agonistico**

(*Legge n°125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della salute dell’8/08/2014*)

Il/La Sig./ra,………………………………………. di cui sopra, 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 suo rilascio.

|  |  |
| --- | --- |
| Luogo ……………………… | Timbro e Firma  del Medico Certificatore |
| Data ……/……/….… | ……………………………….. |

*Il Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico può essere prodotto anche in modelli diversi purchè conformi nel contenuto all’All. 2 delle Linee Guida del Ministero della salute dell’8/08/2014.*