



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE  
 "LEOPOLDO PIRELLI"  
 00179 Roma - Via Rocca di Papa, 113  
 Tel. 06121122305

**ANNO SCOLASTICO.....**

**Il Dirigente Scolastico della Scuola.....**

Dichiara che l'alunno ..... nato a .....

il..... classe.....svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà alle seguenti attività:

ATTIVITÀ FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITÀ 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 Ministero dell'Istruzione e del merito o da Enti pubblici e privati.

CAMPIONATI STUDENTESCHI NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE che si svolgeranno a .....a partire dalla data.....

Per tale motivo chiede al medico curante, il rilascio di un certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico.

**Il Dirigente Scolastico**  
(Timbro e firma in originale)

Data.....

**SI CERTIFICA CHE**

Cognome.....Nome.....

Nato a .....il.....

Residente a .....Via.....

Il soggetto , sulla base della visita medica da me effettuata, dai valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ..... non presenta contronidicazioni in atto alla pratica di attività 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.***

Data.....

**IL MEDICO**  
(timbro e firma)