



**ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. PONTI"  
TREBASELEGHE**

Scuole Primarie e Secondarie di I grado dei Comuni di Trebaseleghe e Massanzago  
via Don Orione, 2 – 35010 Trebaseleghe (Padova)

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE ALLA PRATICA DI  
ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO**  
(D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 15 Dicembre 2005 e s.m.i. )

Il Dirigente Scolastico, nella sua qualità di legale rappresentante dell'Istituto, chiede che l'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_

CHIEDE

il rilascio di certificato medico per l'attività sportiva non agonistica, come previsto dal Decreto del Ministro della salute del 24 aprile 2013 e successive modifiche e integrazioni dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, dal Decreto del Ministro della Salute dell'8 agosto 2014 (Linee-Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica), dalla Legge del 30 ottobre 2013 n. 125 e dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri del 15/12/2005 e ss.mm.ii., per la pratica di attività sportive non agonistiche relative a:

[ ] ATTIVITA' PARASCOLASTICHE: intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal Ministero dell'Istruzione o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Dott.ssa Alessandra Fusaro  
Documento firmato digitalmente  
ai sensi della normativa vigente

\*\*\*\*\*  
*restituire modulo compilato e intero al proprio docente di Educazione Fisica*

**Modulo rilascio certificato di stato di buona salute alla pratica di attività sportiva di tipo non  
agonistico in ambito scolastico**  
(D.M. 24 Aprile 2013 e s.m.i. e ACN pediatria 15 Dicembre 2005 e s.m.i.)

Studente: \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data \_\_\_\_\_ Il Medico curante Dott. \_\_\_\_\_