

Al Personale Docente
Scienze Motorie e Sportive
Al Personale ATA
e.p.c. Al Direttore S.G.A.
Al Sito WEB

Oggetto: certificazione attività sportiva non agonistica.

Si comunica alle SS.LL. che le Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica prevedono, per le attività sotto elencate, la certificazione medica rilasciata dai pediatri di libera scelta o dai medici specialisti in Medicina dello Sport, ovvero dai medici della Federazione medico Sportivo Italiana del Comitato Olimpico Nazionale Italiano.

Gli alunni che durante l'arco dell'anno scolastico dovranno svolgere attività fisico-sportive organizzate dall'Istituto Scolastico nell'ambito delle attività parascolastiche o attività quali i Giochi Sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale o ancora attività non agonistiche organizzate in collaborazione con il CONI sono tenuti a presentare il certificato medico dopo aver effettuato un esame clinico e degli accertamenti, incluso l'elettrocardiogramma, secondo le linee guida approvate con decreto del Ministro della Salute 18 Ottobre 2014.

Le SS.LL. dovranno:

1. compilare l'allegato 1;
2. consegnare in presidenza l'allegato 1) debitamente compilato da far firmare alla Dirigente Scolastica;
3. richiedere alle famiglie degli alunni che svolgono le suddette attività il certificato medico allegato alla presente circolare (allegato 2) prima di far partecipare le allieve e gli allievi alle attività sportive (parascolastiche).

Si ringrazia per la collaborazione.

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Nicoletta Rossi

ALLEGATO1)

Con la presente si richiede, per l'alunno indicato, a norma dell'art. 44 dell'ACN della Pediatria di libera scelta e dell'art. 45 dell'ACN dei Medici di Medicina Generale, il rilascio gratuito del certificato di idoneità sportiva non agonistica per la partecipazione alle seguenti attività sportive organizzate nell'ambito scolastico

- attività parascolastica inserita nel P.T.O.F. (Piano Triennale Offerta Formativa);
- tipo di attività _____
- Giochi sportivi studenteschi (fasi successive a quella di Istituto);

Data _____

La Dirigente Scolastica
Prof.ssa Nicoletta Rossi

ALLEGATO2)

CERTIFICAZIONE DEL MEDICO

Certifico che il/la paziente _____

nato/a _____ il _____

e residente a _____

sulla base della visita da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive a livello non agonistico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del suo rilascio.

Data _____

In fede

-