



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

Istituto Comprensivo Statale di Lesmo

Via Donna Rosa, 13 - 20855 LESMO (MB) - Cod. Mecc. MBIC8BS008

Tel. 0396065803 - Fax 0396980042 - C.F.: 94030860152 - E-mail: MBIC8BS008@istruzione.it

Pec: MBIC8BS008@pec.istruzione.it - Sito web: <http://www.icslesmo.edu.it>

Circolare n.49/ Famiglie

Lesmo, 03/11/2022

Alle famiglie degli alunni
Scuola Secondaria di I Grado

Oggetto: Richiesta di certificato medico per campestre di Istituto

Gentilissimi genitori,

la scuola sta organizzando la corsa campestre di Istituto il giorno 18 novembre.

Per partecipare gli alunni devono essere in possesso di un certificato medico per attività sportiva valido.

Se vostro/a figlio/a fa altre attività sportive è sufficiente portare copia del certificato medico sportivo al/la docente di ed. fisica.

Se vostro figlio/a ne è sprovvisto occorre rivolgersi al pediatra, presentare il modulo che è allegato alla presente circolare per ottenere gratuitamente il certificato medico di attività sportiva non agonistica ad uso esclusivamente scolastico.

La corsa campestre è parte integrante della programmazione di ed. fisica, è quindi molto importante che vostro/a figlio/a partecipi.

Il certificato medico sarà valido per tutte le attività sportive che la scuola proporrà sia in orario extra scolastico sia per partecipare ai campionati studenteschi.

Ringrazio per la collaborazione.

Cordiali saluti

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Stefania Bettin

*Documento firmato digitalmente ai sensi del Codice
dell'Amministrazione Digitale e normativa connessa*



STEFANIA
BETTIN
03.11.2022
09:41:57
GMT+00:00



*Ministero dell'Istruzione,
dell'Università e della Ricerca*

Al Medico dell'alunno/a _____ nato/a a _____
il _____ e residente a _____ in Via/P.zza _____

Oggetto: Richiesta certificazione medica ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 08/08/2014
"Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica".

Ai sensi del D.M dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica" e s.m, nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n. 1142 del 01/02/2018, nonché della nota della Regione Lombardia H1.2015.0009787 del 26 marzo 2015 si richiede che l'alunno/a venga sottoposto al controllo sanitario **gratuito**, di cui alla citata normativa regionale, per il rilascio – **per uso scolastico** – del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistico. Per il rilascio del certificato, per chi non ha patologie o fattori di rischio cardiovascolare, è necessario quanto segue: • l'anamnesi e l'esame obiettivo, completi di misurazione della pressione arteriosa; • un elettrocardiogramma a riposo, debitamente refertato, effettuato almeno una volta nella vita.

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 dall'uso scolastico.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Regione Lombardia

A.S.L. _____

Dott.: _____ (Medico/Pediatra)

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Cognome _____ Nome _____ nato a _____
il _____ residente a _____

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 dalla data del rilascio.

Luogo e data, _____

Il Medico
timbro e firma