



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

Liceo Statale "James Joyce"



LINGUISTICO E DELLE SCIENZE UMANE



Distretto 42 - C.M.: **RMPC39000C** -- C.F.: **90049460588** – C.U. **UF62HT**

Sede centrale: via Alcide De Gasperi, 20 – 00072 Ariccia (RM) - tel. 06121128525- fax 0667663989/069334396

Sede succursale: via di Vallericcia, 51- 00072 Ariccia (RM) – tel. 06121123045- fax 0667663990

rmpc39000c@istruzione.it

rmpc39000c@pec.istruzione.it

www.liceojoyce.edu.it

ANNO SCOLASTICO _____

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto _____ dichiara che

l'alunno/a _____ nato/a a _____ il _____ iscritto/a

frequentante la classe _____ svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà alle seguenti attività:

- ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' 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 MIUR o da Enti pubblici e privati.
- CAMPIONATI STUDENTESCHI NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE;

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si chiede che l'alunno/a venga sottoposto a visita medica ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e successive modifiche e integrazioni.

Data _____



Il Dirigente Scolastico _____

CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Si certifica che l'alunno/a

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

residente a _____

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.

Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consenti dalla legge.

_____, li _____

Il Medico certificatore _____

(timbro e firma)