



Ministero dell'Istruzione e del Merito  
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

**Liceo Scientifico Statale "G. KEPLERO"**

Cod. Mecc. RMPS19000T - C.F. 80230950588 - Distr. 23° - Sede centrale: Via Silvestro Gherardi, 87/89 - 00146 Roma  
Via Avicenna, snc - 00146 Roma - Tel. 06121123925 - Succursale: Via delle Vigne, 156 - 00148 Roma - Tel. 06121126685  
Sito web: [www.liceokepleroroma.edu.it](http://www.liceokepleroroma.edu.it) - E-mail: [rmps19000t@istruzione.it](mailto:rmps19000t@istruzione.it) - [succursale@liceokepleroroma.edu.it](mailto:succursale@liceokepleroroma.edu.it)

ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto \_\_\_\_\_ dichiara che  
l'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ iscritto e  
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 \_\_\_\_\_

Timbro della Scuola

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)