



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 - E-mail: rmps19000t@istruzione.it - 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)