



MIM – UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo Statale MARIA MONTESSORI
Viale Adriatico, 140 – 00141 Roma (RM) – CF 97200050587 C.M. RMIC813002
Scuola dell'Infanzia, Scuola primaria, Scuola secondaria di primo grado
Sedi: Viale Adriatico, 140 - Via Monte Ruggero, 39 – Via Monte Cardoneto, 11

rmici813002@istruzione.it - rmic813002@pec.istruzione.it
www.ic-vialeadriatico.edu.it
Tel. 06.87188349 – Fax 068186208

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO PER L'ATTIVITÀ
SPORTIVA NON AGONISTICA**

(D. M. 24 aprile 2013 e s.m.i.e ACN pediatria 15 dicembre 2005 e s.m.i.)

Al Sig. Medico curante

della/o Studentessa/e _____
PROPRIA SEDE

La sottoscritta Angela Gallo, nella sua qualità di Dirigente Scolastica dell'I. C. "Maria Montessori", Viale Adriatico 140, 00141 Roma,

CHIEDE

alla S. V., per l'alunna/o _____, nata/o a _____
() il ___/___/___, frequentante per l'a.s. 2026/2027 la classe ___ sezione ___ della scuola _____
del plesso di _____,

il rilascio del certificato medico per l'attività sportiva non agonistica, **necessario per lo svolgimento delle attività fisico-sportive, organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche (deliberate dagli organi collegiali della scuola e svolte in orario extracurricolare), nonché della partecipazione ai Campionati Studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale,** come previsto dal **Decreto del Ministero della salute del 24 aprile 2013 (art. 3)** e successive modifiche e integrazioni dalla Legge 9 agosto 2013 n. 98, dal decreto del Ministero della Salute dell'8 agosto 2014, dalla legge del 30 ottobre 2013 n. 125 e dall'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri del 15/12/2005 e ss.mm.ii. per la pratica di attività sportive non agonistiche.



DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Angela Gallo

CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO
(Legge n° 125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della salute dell'8/08/2014)

L'alunna/o _____ di cui sopra, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ___/___/_____, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

Timbro e firma
del Medico Certificatore

_____, lì ___/___/_____