



ISTITUTO COMPRENSIVO "C. SALUTATI-A. CAVALCANTI"



Piazza A. Moro, 1 - 51011 Borgo a Buggiano (PT)

C.F.: 81003470473 - tel. 0572 32101- 32018

ptic81900g@istruzione.it - ptic81900g@pec.istruzione.it www.istitutosalutaticavalcanti.it

(spazio per il protocollo)

MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA A. S. 202__/202__

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Salutati -Cavalcanti di Buggiano (PT) dichiara che l'alunno/a
cognome _____ nome _____ frequentante la classe ____ sez.
____ della scuola _____ è stato iscritto/a per partecipare a:

Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi successive a quelle di istituto che si svolgeranno a partire
dalla data _____ nell'attività sportiva _____

altro (specificare) _____

Per tale motivo chiede al medico curante, il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica sportiva
non agonistica ai sensi del D.L. n.101 del 31/08/2013 convertito dalla L. n.125 del 30/10/2013.

Il Dirigente Scolastico

(A cura del medico curante)

SI CERTIFICA CHE

Cognome _____ Nome _____ Nato a _____
il _____ Residente a _____ Via _____
_____ sulla base della visita medica da me effettuata, dai valori
di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____ non
presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

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

**Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente
in originale e per il solo uso scolastico.**

Data _____

Il Medico
(timbro e firma)