



N. 587R/2016 UNI EN ISO 9001:2008

I.T.A.
"G. BONFANTINI"
Sedi Associate
NOVARA
ROMAGNANO SESIA

ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE
"G. BONFANTINI"
Novara



I.P.A.
"E. G. CAVALLINI"
Sede Associata
SOLCIO di LESA

CERTIFICATO IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA - USO SCOLASTICO

Il sottoscritto Marcalli Pierangelo, Dirigente Scolastico dell'Istituto " G.BONFANTINI" - Novara

chiede

al medico curante dell'alunno/a _____
nato a _____ il _____ secondo quanto previsto dall'art.1
del Decreto del Ministero della Sanità del 28/02/1983 e dalla nota del Ministero della Salute del
16/06/2015 prot.4165 e dalla nota del 17/06/2015 prot. 5479 , il rilascio di un certificato di idoneità alla
pratica sportiva non agonistica in ambito scolastico, per :

- ❖ attività fisico-sportive, organizzate da codesto Istituto, nell'ambito di attività parascolastiche ;
- ❖ partecipazione ai " Giochi della Gioventù" e/o ai " Campionati Studenteschi", nelle fasi precedenti quella nazionale.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

arch. Pierangelo Marcalli

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

STUDENTE/SSA _____

Nato/a _____ il _____

residente a _____

Il soggetto, 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.

Luogo, data , timbro e firma del medico certificatore.



C.so Risorgimento, 405 – 28100 Novara – Italy - Tel. 032156191 - Fax 032156194

Pec: nois00300g@pec.istruzione.it

E- mail: nois00300g@istruzione.it