



LICEO SCIENTIFICO STATALE "John Fitzgerald Kennedy"

✉ Via Nicola Fabrizi, 7 - 00153 Roma ☎ 06121127380 🌐 www.liceokennedy.it

✉ rmmps180007@istruzione.it 📧 rmmps180007@pec.istruzione.it

Cod. Min. RMPS180007 - Cod. Fiscale 80406230583 - Cod. Amm. UFSU00



ANNO SCOLASTICO 2021-2022

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto _____ Prof.ssa Lidia Cangemi _____ 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 curricolare ed 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, comunque tutte le attività organizzate dall'istituto che coinvolgano gli alunni in attività motoria in genere

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 _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Lidia Cangemi

Documento informatico firmato digitalmente, ai sensi del Decreto Legislativo 82/2005 s.m.i. e norme collegate. Sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa.

CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO

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)