|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| cid:image001.png@01D22940.E57017A0 | **ISTITUTO COMPRENSIVO DI GARESSIO**VIA VITTORIO EMANUELE II, 72 - 12075 GARESSIO (CN)Tel. 01741922374cnic83600n@istruzione.it cnic83600n@pec. istruzione.itCodice Fiscale: 84006450047 - Codice Meccanografico: CNIC83600N | Immagine che contiene testo, clipart  Descrizione generata automaticamente |

**ANNO SCOLASTICO 2022/2023**

**Il Dirigente Scolastico dell’ISTITUTO COMPRENSIVO di GARESSIO**

Dichiara che l’alunno …………………………………………….……………………. nato a ………………………………………

il …………………………………………… classe ……….. sez. ……… è stato selezionato per partecipare a:

□ attività fisico-sportive parascolastiche svolte in orario extra curricolare finalizzate alla partecipazione di

 gare e campionati

□ Campionati Studenteschi

 che si svolgeranno a ……………………………………………. a partire dalla data ………………………………………………..

Per tale motivo chiede al medico curante, il rilascio di un certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico.

Data …………………………… **Il Dirigente Scolastico**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SI CERTIFICA CHE**

Cognome …………………………………..……………………………….. Nome ………………………………………………………………..

Nato a …………………………………………………………………… il ……………………………………………………………………………..

Residente a …………………………………………………… Via ………………………………………………………………………………….

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dai valori di pressione arteriosa rilevati, nonché dal referto del tracciato ECG eseguito in data …………………………….... non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività 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)**