



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE,
DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL VENETO
DIREZIONE GENERALE**

**RICHIESTA DEL RILASCIO DEL CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE PER LA
PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO**

SCUOLA / ISTITUTO :

Il sottoscritto nella sua qualità di legale rappresentante
della Scuola/Istituto chiede che
l'alunno nato il..... frequentante la
classe venga sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 24 aprile 2013; alla
legge 9 agosto 2013; alla C.M. della salute 4608-P dell'11 settembre 2013; ACN pediatria 15 dicembre 2005 e
s.m.i. , per la pratica di attività sportive non agonistiche relative a :

(barrare la casella che interessa)

ATTIVITA' PARASCOLASTICHE

intese come attività fisico sportive svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva
dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati. La certificazione di stato di buona
salute per la partecipazione alle manifestazioni sportive organizzate da Enti pubblici o privati ed inserite nel
P.O.F. del programma scolastico è dovuta per le attività che rientrano nella definizione di attività
parascolastica.

Titolo Progetto/Manifestazione:

GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI per tutte le **FASI SUCCESSIVE** a quella **D'ISTITUTO**

(dalla fase provinciale a quella regionale) che precedono quella Nazionale

Data.....

.....
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(timbro e firma autografa)

IL modello deve essere presentato al medico certificatore compilato in ogni sua parte