



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO  
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "PIERO TERRACINA"

C.M.: RMIC84300T – C.F.: 97200090583

Sede centrale: Via Luigi Solidati Tiburzi n. 2 – 00149 ROMA – Plesso Scuola Primaria "G. Caproni"

Sedi associate: Sc. Prim. "G. Vaccari" – Via G. Astolfi, 110 – Sc. Sec. di Primo Grado "V. Cardarelli"- Via E. Paladini, 12  
( 06.55272394 \* rmic84300t@istruzione.it - www.icsolidatitiburzi.edu.it

## CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Il sottoscritto .....  
in qualità di legale rappresentante della Istituto Comprensivo "Via Solidati Tiburzi" chiede che  
l'alunno/a..... nato/a .....  
il ..... frequentante la classe ..... sezione ..... del Plesso .....  
venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati decreti e leggi per la pratica nell'ambito scolastico  
di attività sportive non agonistiche relative a (barrare la casella che interessa):

**ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel P.O.F.  
svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla  
partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal  
MIUR o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.

**GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:** nelle fasi successive alle selezioni di Istituto  
(fasi Intercomprensoriali)

Luogo e Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
(timbro e firma autografa)

.....

## CERTIFICO CHE

Lo studente.....  
nato/a ..... il .....  
residente a ..... in .....  
sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del  
tracciato E.C.G. eseguito in data .....  
non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.  
Si rilascia gratuitamente su richiesta del Dirigente Scolastico per gli usi consentiti dalla legge.  
Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio ed è valido espressamente esclusivamente in  
copia originale e per il solo uso scolastico.

Luogo e Data.....

IL MEDICO  
(timbro e firma autografa)

.....