



LICEO CLASSICO STATALE GIOSUÉ CARDUCCI – MILANO

Via Beroldo, 9 – 20127 Tel. 022847232
Via Demostene, 40 – 20128 Tel. 0236554629
mipc03000n@istruzione.it; mipc03000n@pec.istruzione.it
MIPC03000N – Cod.fiscale 80126650151
www.liceoclassicocarducci.edu.it

CIR. 90, 12/10/2023

STUDENTI - GENITORI - DOCENTI SC. MOT.
SETTORE DIDATTICA / DSGA

Oggetto: Certificati medici per partecipare alle manifestazioni sportive scolastiche.

Per prendere parte alle attività sportive promosse dal Liceo è necessario consegnare al proprio docente di Scienze Motorie copia del **certificato medico per attività sportiva non agonistica o agonistica (GIALLO), in corso di validità.** Si allegano fac-simile.

È possibile richiedere il certificato al proprio medico curante, previa compilazione del modulo rilasciato dalla scuola (in allegato), oppure ad un Centro di Medicina Sportiva riconosciuto.

Si precisa che sul certificato medico per attività sportiva non agonistica è necessaria la presenza della seguente dicitura:

“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.”

Pertanto, non potranno essere accettati altri tipi di certificato medico, es. certificato medico ludico motorio.

I certificati dovranno essere consegnati, SENZA POSSIBILITÀ DI DEROGHE, MASSIMO I TRE GIORNI CHE PRECEDONO la data della manifestazione sportiva. Es. CORSA CAMPESTRE DEL 25 OTTOBRE, SCADENZA CONSEGNA, MASSIMO SABATO 21 OTTOBRE.

Si ricorda che ogni certificato ha validità di un anno e scade il giorno prima della data di rilascio (es. rilascio 13 ottobre 2023 - scadenza 11 ottobre 2024) e che modificare la data di scadenza costituisce un reato.

I CERTIFICATI DOVRANNO ESSERE CONSEGNATI DIRETTAMENTE AL PROPRIO INSEGNANTE DI SCIENZE MOTORIE CHE REGISTRERÀ I TERMINI DI VALIDITÀ E PROVVEDERÀ A CONSEGNARLI IN SEGRETERIA PER LA CONSERVAZIONE.

Il Dirigente Scolastico, prof. Andrea Di Mario
Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3, comma 2 del D.Lgs.n.39/1993



LICEO CLASSICO STATALE GIOSUÉ CARDUCCI - MILANO
 Via Beroldo, 9 - 20127
 Tel. 022847232 - Fax 022610154
 www.liceoclassicocarducci.gov.it
 mipc03000n@istruzione.it; mipc03000n@pec.istruzione.it
 MIPC03000N - Cod.fiscale 80126650151

MODULO PER LA RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO.

Il Dirigente Scolastico del Liceo Classico Statale "G. Carducci" di Milano, Prof. Andrea Di Mario, dichiara che lo/a studente/ssa _____ nato/a a _____ il _____, svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti quella nazionale organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche e per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1 del D.M. 28.02.1983 – L.R. 15.12.1994, n. 94 e precisato nella nota Regione Lombardia prot. n. H1.2015.0009787 del 26.03.2015 il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data, _____

Il Dirigente Scolastico
 prof. Andrea Di Mario
*Firma autografa a mezzo stampa ai sensi
 dell'art. 3, D.Lgs 12.02.1993, n. 39*

(Parte riservata al medico certificatore)

Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico

Il soggetto, _____, nato 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.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, su richiesta del Capo d'Istituto, per gòli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83 e precisato dalla nota Regione Lombardia prot. n. H1.2015.0009787 del 26.03.2015).

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

Luogo, _____ Data _____

Timbro e firma del medico

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

D.M.data

Sig.ra / Sig.....

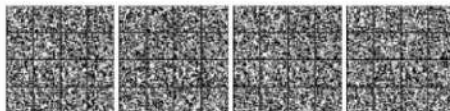
Nata/o a il

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



Sistema Socio Sanitario

Regione
LombardiaATS Milano
Città MetropolitanaRegione
Lombardia

TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE

Timbro della struttura
e del professionista autorizzato
Cerba HC Italia S.p.A.
Medicina dello sport
Via Sannio, 4 - 20137 Milano
Tel 02/36757598

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

(ART. 5 D.M. 18/02/1982)

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

il _____

Residenza e/o domicilio _____

Documento d'identità _____

Sport per cui è stata richiesta la visita _____

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni
in atto alla pratica agonistica dello sport _____

Il presente certificato ha validità di _____ 12 mesi
_____ 27-03-2019

E scadrà il _____

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive: NO SI (barrare la voce che interessa)

Gruppo sanguigno (A-B-0) _____ Fattore Rh _____

(per gli sport in cui è richiesto)

Data _____ 28-03-2018

Specialista in medicina dello Sport
Cod. Fed. ONT LNE SOLEO E51E

Il Medico

Il certificato deve essere conservato dalla società per 5 anni. L'atleta deve presentarlo alla
_____ timbro con C.F. e firma leggibile

N° 0229223 /321

DA PRESENTARSI ALLA VISITA SUCCESSIVA

COPIA PER L'ATLETA