



F.I.M.P.
Federazione Italiana Medici Pediatri
Regione Veneto

USR Veneto

Attività sportiva scolastica

**MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO ed
eventuale richiesta elettrocardiogramma con codice gratuità 101**

SCUOLA/ISTITUTO:
.....
V.le III^a Armata, 37 - 31044 TREVISO
Tel. 0422/68213 - Fax 0422/610335

Ai sensi dell'art. 1 lett. a) e c) del D.M. 28-02-83 e dell' ACN 29 luglio 2009 – allegato H

Il sottoscritto DORIANA RENNO nella sua qualità di legale
rappresentante della Scuola/Istituto COMPENSIVO N. 4 "STEFANINI" - TV
chiede che l'alunno
nato il frequentante la classe
venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell'ambito scolastico, di
attività sportive non agonistiche relative a :

- 1) ☐ **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 C.S.A. o da
Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.
Disciplina sportiva :
- 2) ☐ **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI:** nelle fasi successive alle selezioni di Istituto (fasi
Intercomprensoriali)

(barrare la casella che interessa)

Data.....



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(timbro e firma autografa)

.....
IL DIRIGENTE SCOLASTICO
DORIANA RENNO

prot. n° 13042 - del 20/10/2023