

## RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

L'Istituto Scolastico ..... di .....

CHIEDE

per il/la proprio/a allievo/a .....

nato/a a ..... il ...../...../.....

residente a .....

il rilascio del **certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico:**

- per lo svolgimento di attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche\*  
(specificare il tipo di attività che l'alunno svolgerà.....).
- per la partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale  
(specificare il tipo di attività che l'alunno svolgerà.....).

Data

Timbro della  
Scuola

Il Dirigente Scolastico  
o suo delegato

...../...../.....

.....

\* Sono definite attività parascolastiche tutte quelle attività organizzate dalla scuola al di fuori dei curricoli obbligatori (es. corsa campestre o attività sportive organizzate al di fuori dell'orario scolastico). Non rientrano tra le attività parascolastiche le attività curriculari svolte all'interno dell'orario di Scienze Motorie, anche se svolte al di fuori dei locali della Scuola.

---

## CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

(Legge n°125 del 30/10/2013, Linee Guida del Ministero della salute dell'8/08/2014)

Il/La Sig./ra,..... di cui sopra, 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 suo rilascio.

Luogo .....

Timbro e Firma  
del Medico Certificatore

Data ...../...../.....

.....

*Il Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico può essere prodotto anche in modelli diversi purchè conformi nel contenuto all'All. 2 delle Linee Guida del Ministero della salute dell'8/08/2014.*

**Istituto Scolastico** .....

**DICHIARAZIONE PER LA RIAMMISSIONE IN CASO DI PRESENZA DI  
MEDICAZIONI, SUTURE O APPARECCHI GESSATI**

I sottoscritti .....  
genitori (o chi ne fa le veci) dell'alunno/a ..... iscritto/a a  
codesta Scuola, Classe ..... Sez ..... Plesso .....  
dichiarano

di assumersi piena responsabilità per il rientro a Scuola del proprio figlio/a che ha subito un trauma recente, consapevoli di eventuali conseguenze derivanti dallo stare in comunità e impegnandosi a conoscere e rispettare le prescrizioni previste nel regolamento di istituto e le misure organizzative adottate dal Dirigente Scolastico ai fini della sicurezza dell'alunno durante la permanenza nell'ambiente scolastico.

Luogo .....

In fede  
Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

Data ...../...../.....

.....

## **CERTIFICATO DI RIAMMISSIONE IN CASO DI TRATTAMENTO CON SUTURE/MEDICAZIONI/APPARECCHI GESSATI**

Si certifica che l'alunno ..... nato il ...../...../.....

In seguito all'infortunio o evento avvenuto il ...../...../..... che ha comportato un trattamento con prognosi di ..... giorni, non presenta da un punto di vista medico ostacoli alla frequenza delle lezioni, ad esclusione della partecipazione ad attività motorie o di educazione Fisica.

Si rilascia al genitore di .....su propria richiesta.

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

## **RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I IN ORARIO SCOLASTICO**

*Al Dirigente Scolastico dell'Istituto* .....

di .....

I sottoscritti .....

genitori (o chi ne fa le veci) di

.....

frequentante la classe .....

Constatata l'assoluta necessità, chiedono la somministrazione in ambito ed orario scolastico del farmaco/i

.....

come da allegata attestazione medica

Dichiarano che sarà loro cura consegnare il farmaco alla scuola, nonché informare tempestivamente la scuola, quando il farmaco non dovrà essere più usato.

Firma dei genitori (o chi ne fa le veci)

.....

## CERTIFICAZIONE PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI IN AMBITO SCOLASTICO

Si certifica che l'alunno ..... nato il ...../...../.....

per motivi di salute e constatata l'assoluta necessità

qualora si presentino i seguenti sintomi

.....

nel seguente orario .....

necessita della somministrazione in ambito ed orario scolastico

del farmaco .....

alla dose .....

con le seguenti modalità .....

per il periodo .....

Il farmaco deve essere conservato in luogo sicuro, secondo le indicazioni riportate nella confezione o nel foglietto illustrativo.

La somministrazione è indispensabile a causa della malattia da cui il bambino è affetto e l'impossibilità della sua somministrazione ne impedirebbe la frequenza in comunità.

La somministrazione del farmaco non richiede il possesso di cognizioni di tipo sanitario, né di discrezionalità tecnica e può essere erogata da parte di personale adulto non sanitario, purché adeguatamente formato.

Si rilascia al genitore di ..... su propria richiesta.

Luogo .....

In fede  
Timbro e Firma del Medico

Data ...../...../.....

.....

*Il Certificato per la somministrazione dei farmaci a scuola, può essere prodotto anche in modelli diversi purché conformi nel contenuto.*

*Il nome commerciale del farmaco, le modalità di somministrazione, il dosaggio e la durata della terapia possono essere anche essere prodotte separatamente dal certificato per la somministrazione.*