



**I.C. "ALIGHIERI DANTE"**  
**Scuola dell'Infanzia - Scuola Primaria - Scuola Secondaria I grado**  
Via Gramsci, 16 - 34075 San Canzian d'Isonzo (GO) Tel. 0481/76046  
C.F. 81003930310

e-mail: [goic80800r@istruzione.it](mailto:goic80800r@istruzione.it) [goic80800r@pec.istruzione.it](mailto:goic80800r@pec.istruzione.it)  
sito web: <http://icsancanzian.edu.it>

**ANNO SCOLASTICO** \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Il Dirigente Scolastico dell'I.C. "Alighieri Dante" di San Canzian d'Isonzo**

dichiara che l'Alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Classe \_\_\_\_\_ è stato selezionato per partecipare a (selezionare la voce di interesse):

- ATTIVITÀ FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITÀ PARASCOLASTICHE.
- GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI - FASI PROVINCIALI E/O REGIONALI
- MANIFESTAZIONI SPORTIVE PREVISTE DAL PTOF.

Al fine di consentirgli/le detta pratica sportiva si ha la necessità di acquisire la certificazione medica attestando il suo stato di buona salute. Si chiede, pertanto, che l'Alunno venga sottoposto a visita medica gratuita, che ai sensi del D.M. 28/02/1983 art.2-1° comma e D.P.R. 270 e 272 del 28/07/2000 (G.U. del 02/10/2000) deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.

Il Dirigente Scolastico  
Prof. Silvio Ceneri

Firmato digitalmente da SILVIO CENERI

---

**Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico**  
**Art. 3 D.M. 24/04/2013**

Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_  
nato/a 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.

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

Il Medico

\_\_\_\_\_