



A: Docenti, Studenti, Genitori e Tutori  
Pc: DSGA

## Circolare n. 35

### Oggetto: Attività Centro Sportivo Scolastico

Si comunica che l'attività del Centro Sportivo Scolastico, a partire da ottobre, sarà articolata nel seguente modo:

- Campionati studenteschi di Istituto.
- Campionati studenteschi Provinciali.

Le attività si svolgeranno presso le palestre dell'Istituto in orario pomeridiano (martedì dalle 14.00 alle 16.00). Gli alunni interessati devono consegnare al proprio docente di Scienze Motorie il modulo di iscrizione allegato alla circolare.

È obbligatorio presentare il certificato d'idoneità all'attività sportiva non agonistica.

Si può partecipare a più specialità.

Le attività dei campionati studenteschi sono le seguenti:

- Campestre
- Gare atletica su pista
- Calcio a 5 (biennio-triennio)
- Pallavolo
- Tennis tavolo
- Basket 3c3
- Badminton

### Il Dirigente Scolastico

**Prof.ssa Ciotta Michelina Maddalena**

*Firma omessa ai sensi dell'art.3 dei D.Lgs.n.39/1993*

### Allegati

- Foglio iscrizione
- Modulo richiesta certificato medico



## MODULO ISCRIZIONE AL CENTRO SPORTIVO SCOLASTICO

A.S. 2023/2024

Il sottoscritto/a ..... Genitore/Tutore dell'alunno/a .....

.....

Classe.....

Chiede l'iscrizione al Centro Sportivo Scolastico dell'IIS "A. Einstein".

Scegliere la disciplina preferita (si può barrare anche più di una casella)

- Campestre
- Calcio a 5 biennio
- Calcio a 5 triennio
- Pallavolo (squadre miste maschi e femmine)
- Tennis tavolo
- Basket 3/3
- Badminton

Vimercate.....

Firma.....

### CONSENSO UTILIZZO IMMAGINI

Il sottoscritto, dà il consenso affinché l'IIS "A. Einstein" possa riprodurre, esporre, o più in generale utilizzare in qualsiasi modo ed in forma gratuita, le immagini del minore predetto nei limiti e nei termini previsti dalle leggi vigenti.

Firma.....

Si allega: Certificato Medico.

Pagina 2 di 2



Ministero dell'Istruzione,  
dell'Università e della Ricerca

Al Medico dell'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_  
il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in Via/P.zza \_\_\_\_\_

**Oggetto:** Richiesta certificazione medica ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 08/08/2014 "Linee Guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica".

Ai sensi del D.M dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica" e s.m, nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n. 1142 del 01/02/2018, nonché della nota della Regione Lombardia H1.2015.0009787 del 26 marzo 2015 si richiede che l'alunno/a venga sottoposto al controllo sanitario **gratuito**, di cui alla citata normativa regionale, per il rilascio - **per uso scolastico** - del certificato di idoneità all'attività sportiva di tipo non agonistico. Per il rilascio del certificato, per chi non ha patologie o fattori di rischio cardiovascolare, è necessario quanto segue: • l'anamnesi e l'esame obiettivo, completi di misurazione della pressione arteriosa; • un elettrocardiogramma a riposo, debitamente refertato, effettuato almeno una volta nella vita.

Si precisa che il certificato **IN ORIGINALE** sarà acquisito agli atti dell'Istituzione Scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\*\*\*\*\*  
Regione Lombardia A.S.L. \_\_\_\_\_

Dott.: \_\_\_\_\_ (Medico/Pediatra)

**CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA DI ATTIVITÀ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nato 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 e data, \_\_\_\_\_

Il Medico  
timbro e firma