



N. 587 QM/2022 UNI EN ISO 9001:2015

**I.T.A.**  
**"G. BONFANTINI"**  
NOVARA

*Sede Associata*  
ROMAGNANO SESIA



**ISTITUTO DI ISTRUZIONE SUPERIORE**  
**"G. BONFANTINI"**  
Novara



N. 587/A QM/2022 UNI EN ISO 9001:2015

**I.P.A.**  
**"E. e G. CAVALLINI"**  
*Sede Associata*  
SOLCIO di LESA

## CERTIFICATO IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA - USO SCOLASTICO

La sottoscritta Biatriz Baldo, Dirigente Scolastico dell'Istituto " G.BONFANTINI" - Novara

**chiede**

al medico curante dell'alunno/a \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ secondo quanto previsto dall'art.1  
del Decreto del Ministero della Sanità del 28/02/1983 e dalla nota del Ministero della Salute del  
16/06/2015 prot. 4165 e dalla nota del 17/06/2015 prot. 5479 , il rilascio di un certificato di idoneità alla  
pratica sportiva non agonistica in ambito scolastico, per:

- ❖ attività fisico-sportive, organizzate da codesto Istituto, nell'ambito di attività parascolastiche;
- ❖ partecipazione ai " Giochi della Gioventù" e/o ai " Campionati Studenteschi", nelle fasi precedenti quella nazionale.



### IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Firma autografa omissa ai sensi  
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993

**Prof.ssa Biatriz Baldo**

### CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Sig./Sign.ra \_\_\_\_\_

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, data , timbro e firma del medico certificatore.