



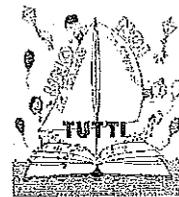
ISTITUTO COMPRENSIVO  
DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO

*"Eduardo De Filippo"*

COD.MECC.SAIC8BA00C - C.F.80028470658 - COD.UNIVOCO UFR428

VIA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA)TEL. 0815152203 - FAX 081915064

email: [saic8ba00c@istruzione.it](mailto:saic8ba00c@istruzione.it); [saic8ba00c@pec.istruzione.it](mailto:saic8ba00c@pec.istruzione.it); sito web: [www.icedefilippo.edu.it](http://www.icedefilippo.edu.it)



Ai Sigg. Genitori  
degli alunni della S. S. I°

Atti - Albo

Oggetto: progetto "Sport a Scuola".

Certificato di idoneità alla pratica di attività di tipo non agonistico.

Si comunica che nei mesi da gennaio a maggio, si svolgeranno i "Giochi Sportivi Studenteschi 2018/2019", per gli alunni della S. S. I°.

I sigg. genitori provvederanno a presentare al proprio medico di base l'allegata richiesta del dirigente scolastico per il rilascio del **"certificato di idoneità alla pratica di attività di tipo non agonistico"**, per il figlio/a, per permettere la loro partecipazione alla preparazione ed ai giochi e che faranno pervenire al docente di scienze motorie.

Cordiali saluti.



Il Dirigente Scolastico  
(Dott. Angelo De Maio)



ISTITUTO COMPRENSIVO

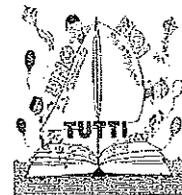
DI SCUOLA DELL'INFANZIA, SCUOLA PRIMARIA E SCUOLA SECONDARIA DI I° GRADO

"Eduardo De Filippo"

COD.MECC.SAIC8BA00C - C.F.80028470658 - COD.UNIVOCO UFR428

VIA G. LEOPARDI, 1 84010 SANT'EGIDIO DEL MONTE ALBINO(SA) TEL. 0815152203 - FAX 081915064

email: saic8ba00c@istruzione.it; saic8ba00c@pec.istruzione.it; sito web: www.icedefilippo.edu.it



Al dott. ....

Oggetto: richiesta di visita medica di idoneità all'attività sportiva non agonistica.

A norma del comma 2, Legge n. 98/2013, si prega cortesemente di voler sottoporre il nostro alunno ..... alla visita medica per l'attività sportiva non agonistica, prevista per le attività organizzate dall'Autorità scolastica o da altri Enti assimilati a norma delle vigenti disposizioni per i Campionati Studenteschi.



Il Dirigente Scolastico  
(Dott. Angelo De Maio)

[Handwritten signature]

REGIONE CAMPANIA - ASL SA 1

**Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico.**

Cognome ..... Nome .....

nat\_ 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 ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

.....

.....

Firma e timbro del medico