



FONDO SOCIALE EUROPEO



M.I.M.



REGIONE SICILIA

ISTITUTO SCOLASTICO COMPRENSIVO «G.FALCONE»

C.F. 81002670875 – Cod. Min. CTIC81600V Via Cesare Battisti, 12 -95021 ACICASTELLO (CT) Tel:095274644 – Email: ctic81600v@istruzione.it Indirizzo PEC: ctic81600v@pec.istruzione.it www.icsfalconeacicastello.it
Codice univoco per la fatturazione elettronica: UFILQU

Al Medico di Base/Pediatra

OGGETTO: Richiesta certificazione medica ai sensi della legge n. 98 del 9 agosto 2013 – art. 42 bis (e successive modificazioni). **A.S. 2025/2026**

Ai sensi della legge n. 98 del 9 agosto 2013 – art. 42 bis (e successive modificazioni), si richiede che l'alunno/a _____ nat _____ a _____ il _____ e residente a _____ in via _____ venga sottoposto/a al controllo sanitario per il rilascio **per uso scolastico** del certificato di stato di buona salute per la pratica di attività sportiva non agonistica.

Tale certificato verrà utilizzato per i seguenti motivi:

- A. Per attività fisico sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche in orario extra curriculare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione alle gare o campionati caratterizzati da competizioni fra studenti;
- B. Per la partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi e della Gioventù nelle manifestazioni precedenti a quella Nazionale;
- C. Per la partecipazione ai progetti scolastici connessi al Piano dell'Offerta Formativa con le modalità previste alla lettera a

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.

DATA _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO _____

Parte riservata al medico

**CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE PER LA PRATICA
DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Il _____

Residente a _____ Prov. _____

Indirizzo _____

Lo/a studente sulla base della visita effettuata risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio

Data _____

Firma del Medico di Base/Pediatra _____