



Distretto scolastico n°27

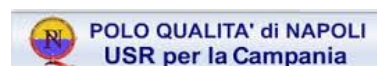
Istituto Comprensivo "Matteotti-Cirillo"

Via Baracca,23 -80028 Grumo Nevano (NA)

Tel. 081-8333911: Fax 081 5057569 C.F 80060340637.Cod. Mecc:NAIC897007

Email:naic897007@istruzione.it sito web: www.matteotti-cirillo.edu.it

NAIC897007@pec.istruzione.it



Circ. n. 130

Ai genitori degli alunni
delle classi 1[^] e 2[^] scuola sec. di I grado
e classi 3[^] scuola primaria
Ai docenti e alle docenti esperti e tutor
Crispino Arcangelo
Cristiano Lucia
De Santi Martina
Iuso Antonella
Ruggiero Carmela
Papa Francesca
e pc. a tutti i docenti
Al personale Ata
Alla Dsga

Oggetto: Integrazione alla circ. n.128 per la richiesta del Certificato medico per attività sportive non agonistiche

con la presente si comunica che, come previsto nella circolare n. 128 prot. n.206 del 11/1/23

per la partecipazione degli alunni ai seguenti moduli nell'ambito del Pon Apprendimento e socialità:

Facciamo squadra classi 2[^] sec. di I grado
Sport in azione classi 1[^] sec. di I grado
Balliamo classi 3[^] scuola primaria

è necessaria la presentazione della certificazione medica per attività sportiva non agonistica, compilata sul modello di seguito allegato.

Sarà cura dei docenti tutor compilare la prima parte del modello, distribuirlo, ritirarlo e depositarlo agli atti dell'Istituto obbligatoriamente prima dell'avvio di ciascun modulo come da calendario pubblicato sul sito istituzionale e comunque entro e non oltre il 17 gennaio 2023.

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Emilia Zanfardino

(firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3 comma 2 D.Lgvo 39/93)



Distretto scolastico n°27

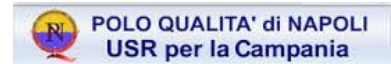
Istituto Comprensivo "Matteotti-Cirillo"

Via Baracca,23 -80028 Grumo Nevano (NA)

Tel. 081-8333911: Fax 081 5057569 C.F 80060340637.Cod. Mecc:NAIC897007

Email:naic897007@istruzione.it sito web: www.matteotti-cirillo.edu.it

NAIC897007@pec.istruzione.it



Il Dirigente Scolastico dell'I.C Matteotti-Cirillo di Grumo Nevano (NA)

Dichiara che l'alunno/a.....nato/a.....

il....., svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà

.....

nell'ambito di attività extracurricolari organizzate da codesta IS e per tale motivo chiede , ai sensi del DM 24 APRILE 2013 (PUBBLICATO SULLA G.U N. 169 DEL 20 LUGLIO 2013) e degli accordi intercorsi con la F.I.M.P il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data.....

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Emilia ZANFARDINO

**Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico
(DM 24-04-2013)**

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A _____ () il _____

RESIDENTE A _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dai 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 _____

Timbro

II MEDICO
