

Ministero dell'Istruzione e del Merito  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "GIOVANNI XXIII"**

SCUOLA - INFANZIA – PRIMARIA - SECONDARIA di 1 grado  
Via Leonardo da Vinci, 5 - 20842 Besana in Brianza (MB) cod. fiscale 83009720158  
tel. +39 0362 995 498 – +39 0362 996 011 fax +39 0362 915 268- cod. Mecc. MBIC83900E  
sito internet: [www.icbesanainbrianza.edu.it](http://www.icbesanainbrianza.edu.it) email: [mbic83900e@istruzione.it](mailto:mbic83900e@istruzione.it)



**RICHIESTA DI VISITA MEDICA PER L'IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA  
NON AGONISTICA (DM 28.02.83 - D.M. 8 agosto 2014) secondaria I grado**

**ANNO SCOLASTICO 2023/2024**

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "Giovanni XXIII" di Besana in Brianza (MB),

**CHIEDE**

per il proprio alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ classe \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

ammesso/a a partecipare ad attività fisico-sportive in ambito parascolastico ed alle fasi locali dei Giochi Sportivi Studenteschi precedenti la fase nazionale,

una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica sportiva **NON AGONISTICA**, a norma del D.M. 8 agosto 2014.

Besana in Brianza, 13.09.2023  
(data)



Il dirigente scolastico  
Alessandra Ansaldi

*Alessandra Ansaldi*

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

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Il soggetto, sulla base alla visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del tracciato ECG, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

**Si rilascia gratuitamente**, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, su richiesta del Capo di Istituto, per gli usi consentiti dalla legge.

**Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in originale e per il solo uso scolastico.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
(luogo) (data)

Timbro e firma del medico certificatore