



Ministero dell'Istruzione e del merito
Istituto Scolastico Comprensivo "G. Romanino"
Via Ripa, 2 - 25040 Bienna (Bs) Tel. 0364 40062
e-mail: bsic83700x@istruzione.it – pec: bsic83700x@pec.istruzione.it

- Ai Genitori degli Alunni della Scuola Secondaria di I grado
- Ai docenti della Secondaria di I grado
- Agli Atti/Sito

Oggetto: "Indicazioni in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica e varie "

Gentili Genitori,

con la presente, s'intende inviarVi alcune comunicazioni di inizio anno per un sereno svolgimento di tutte le attività curriculari ed extracurriculari di Educazione fisica e ad esse collegate.

➤ **PROBLEMI DI SALUTE**

È importante che i genitori informino il docente di scienze motorie e sportive di eventuali problemi di salute che possano precludere al ragazzo/a la partecipazione alle attività. L'esonero va comunque richiesto in segreteria, per motivi medici certificati. In caso di necessità di esonero, parziale o totale, dalle esercitazioni pratiche di scienze motorie e sportive per patologie in atto, lo studente potrà essere dispensato da tali attività solo su richiesta indirizzata al Dirigente Scolastico e corredata da relativa documentazione medica. In ogni caso, anche gli alunni esonerati dallo svolgimento di attività pratiche restano sotto la vigilanza del docente durante l'ora di scienze motorie.

➤ **CERTIFICATI MEDICI PER L'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA**

Gli alunni che praticano attività fisico-sportive quali giochi sportivi studenteschi organizzati in ambito scolastico, per lo svolgimento di tale attività, si rende necessaria la certificazione medica, ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 08/08/2014 per l'attività sportiva non agonistica.

Si ricorda che Il certificato **per ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO** in ambito scolastico viene rilasciato **a titolo gratuito dal medico curante**, esclusivamente previa presentazione del **MODULO/CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO**, firmato dal Dirigente Scolastico con firma autografa.

La richiesta deve essere presentata al medico su carta intestata della scuola (allegato 1):

- deve essere nominale;
- deve essere a firma autografa del dirigente scolastico;
- deve essere restituita al docente di scienze motorie della classe, con congruo anticipo, rispetto alle attività sportive da praticare;

➤ Il certificato è valido solo ed esclusivamente per lo svolgimento di:

1. **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE**
2. **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI**

Tutti coloro che praticano già un'attività sportiva e sono già in possesso di un certificato medico sportivo per attività agonistica, qualunque sia lo sport praticato, **non dovranno farne un altro**, ma dovranno consegnare copia del certificato per l'attività agonistica già in loro possesso, ovviamente il certificato dovrà essere presentato in originale.

➤ **ALCUNE PRECISAZIONI:**

COSA SI INTENDE PER ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA A SCUOLA.

Appartengono alla definizione di attività sportiva non agonistica:

1. le alunne ed alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
2. le alunne ed alunni che partecipano ai Campionati Studenteschi nelle Fasi precedenti a quella Nazionale.

➤ ***Gli alunni che rientrano nelle predette condizioni devono sottoporsi a visita medica ai fini della certificazione attestante tale attività.***

Inoltre:

sono definite attività parascolastiche tutte quelle attività organizzate dalla scuola al di fuori dei curricoli obbligatori, es. attività sportive organizzate al di fuori dell'orario; non rientrano tra le attività parascolastiche le attività curriculari svolte all'interno dell'orario di Educazione Fisica, anche se svolte al di fuori dei locali della Scuola; non è necessaria alcuna certificazione medica per la frequenza a lezioni di Educazione Fisica, in quanto da considerare materia curriculare; non sono sottoposti ad obbligo del certificato medico per la pratica dell'attività sportiva in età prescolare, per l'esercizio dell'attività sportiva in età prescolare, i bambini di età compresa tra 0 e 6 anni, ad eccezione dei casi specifici indicati dal pediatra.

Chi deve fare il certificato.

- Gli alunni che svolgono attività fisico-sportive parascolastiche, organizzate cioè dalla scuola al di fuori dall'orario di lezione
- Chi partecipa ai Giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale

Quali sono i medici certificatori

- Il medico di medicina generale per i propri assistiti
- Il pediatra di libera scelta per i propri assistiti
- Il medico specialista in medicina dello sport ovvero i medici della Federazione medico-sportiva italiana del Comitato Olimpico Nazionale Italiano.

In allegato il modulo-CERTIFICATO -MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO (da compilare e consegnare al docente di scienze motorie ENTRO IL MESE DI SETTEMBRE)

Certa della Vs. collaborazione, è gradita l'occasione per porgere cordiali saluti.

La Dirigente Scolastica
Loredana Dr.ssa Rizza

Firma autografa sostituita a mezzo di stampa ai sensi art.3 c.2 D.L.39/93



Ministero dell'Istruzione e del Merito
Istituto Scolastico Comprensivo "G. Romanino"
Via Ripa, 2 - 25040 Bienno (Bs)
Tel. 0364 40062
e-mail: bsic83700x@istruzione.it – pec: bsic83700x@pec.istruzione.it

MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

ai sensi dell'A.C.N. della Pediatria di Famiglia del 29 maggio 2009, art. 44 e allegato H, dell'A.C.N. della Medicina Generale del 29 maggio 2009, art. 45 e del D.M dell'8 agosto 2014 recante "Linee guida di indirizzo in materia di certificati medici per l'attività sportiva non agonistica", nonché dei punti a) e c) della Nota Esplicativa del Ministero della Salute n° 4165 del 16/06/2015.

RICHIESTA DI RILASCIO (A CURA DEL DIRIGENTE SCOLASTICO)

La sottoscritta d.ssa LOREDANA RIZZA in qualità di Dirigente Scolastico

dell'Istituto Comprensivo "G.ROMANINO "

Chiede

che l'alunno/a

nato/a il..... frequentante la classe.....

venga sottoposto al controllo sanitario GRATUITO (1) per la pratica nell'ambito scolastico di attività sportive non agonistiche relative a:

- ☐ **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE**
alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche inserite nel PTOF - non in orario delle lezioni curricolari di Educazione Fisica.
- ☐ **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI**
solo per coloro che partecipano ai Giochi Sportivi Studenteschi alle fasi successive a quella d'istituto e precedenti quelle nazionali.

La Dirigente Scolastica
Loredana Dr.ssa Rizza

Firma autografa sostituita a mezzo di stampa ai sensi art.3 c.2 D.L.39/93

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

certifico che l'alunno/a.....

nato/a il.....

sulla base della visita da me effettuata, dei valori pressori rilevati, nonché del referto dell'ECG effettuato in data/...../.....

NON presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato, ad uso esclusivo scolastico, ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data.....

IL MEDICO CURANTE
(timbro e firma)

.....

(1) D.G.R. Lombardia prot. H12015.0009787 DEL 26-03-2015, nonché ai citati D.M.