



LICEO CLASSICO STATALE GIOSUE CARDUCCI – MILANO

Via Beroldo, 9 – 20127 Tel. 022847232  
Via Demostene, 40 – 20128 Tel. 0236554629  
mipc03000n@istruzione.it; mipc03000n@pec.istruzione.it  
MIPC03000N – Cod.fiscale 80126650151  
www.liceoclassicocarducci.edu.it

CIR. 22, 11/09/2024

STUDENTI - GENITORI  
DOCENTI SC. MOT. / SETTORE DIDATTICA / DSGA

Oggetto: Certificati medici necessari per la partecipazione alle manifestazioni sportive scolastiche.

**PER PRENDERE PARTE ALLE ATTIVITÀ SPORTIVE PROMOSSE DAL LICEO È NECESSARIO CONSEGNARE AL PROPRIO DOCENTE DI SCIENZE MOTORIE COPIA DEL CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA O AGONISTICA (GIALLO), IN CORSO DI VALIDITÀ.**

Si allegano fac-simile.

È possibile richiedere il certificato al proprio medico curante, previa compilazione del modulo rilasciato dalla scuola (in allegato), oppure ad un Centro di Medicina Sportiva riconosciuto.

Si precisa che sul certificato medico per attività sportiva non agonistica è necessaria la presenza della seguente dicitura:

“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.”

*Pertanto, non potranno essere accettati altri tipi di certificato medico, es. certificato medico ludico motorio.*

**I certificati dovranno essere consegnati, SENZA POSSIBILITÀ DI DEROGHE, ENTRO MASSIMO 6 GIORNI prima della data della manifestazione sportiva.** Es. CORSA CAMPESTRE DEL 23 OTTOBRE, SCADENZA CONSEGNA, MASSIMO VENERDÌ 18 OTTOBRE.

Si ricorda che ogni certificato ha validità di un anno e scade il giorno prima della data di rilascio (es. rilascio 13 ottobre 2024 - scadenza 12 ottobre 2025) e che modificare la data di scadenza costituisce un reato.

**Ricapitolando, il certificato NON dovrà essere consegnato in segreteria ma DIRETTAMENTE AL PROPRIO INSEGNANTE DI SCIENZE MOTORIE che registrerà i termini di validità e provvederà a depositarli in segreteria.**

Il Dirigente Scolastico, prof. Andrea Di Mario  
*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art.3, comma 2 del D.Lgs.n.39/1993*



LICEO CLASSICO STATALE GIOSUÉ CARDUCCI - MILANO  
 Via Beroldo, 9 - 20127  
 Tel. 022847232 - Fax 022610154  
 www.liceoclassicocarducci.gov.it  
 mipc03000n@istruzione.it; mipc03000n@pec.istruzione.it  
 MIPC03000N - Cod.fiscale 80126650151

## MODULO PER LA RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO.

Il Dirigente Scolastico del Liceo Classico Statale "G. Carducci" di Milano, Prof. Andrea Di Mario, dichiara che lo/a studente/ssa \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti quella nazionale organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche e per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1 del D.M. 28.02.1983 – L.R. 15.12.1994, n. 94 e precisato nella nota Regione Lombardia prot. n. H1.2015.0009787 del 26.03.2015 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  
 prof. Andrea Di Mario  
*Firma autografa a mezzo stampa ai sensi  
 dell'art. 3, D.Lgs 12.02.1993, n. 39*

-----  
 (Parte riservata al medico certificatore)

### Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico

Il soggetto, \_\_\_\_\_, nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a \_\_\_\_\_

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.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, su richiesta del Capo d'Istituto, per gòli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83 e precisato dalla nota Regione Lombardia prot. n. H1.2015.0009787 del 26.03.2015).

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

Luogo, \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

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

D.M. ....data

Sig.ra / Sig.....

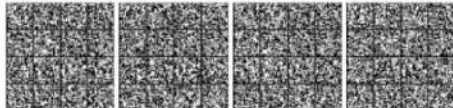
Nata/o a ..... il .....

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.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore



Sistema Socio Sanitario

Regione  
LombardiaATS Milano  
Città MetropolitanaRegione  
Lombardia

TUTELA SANITARIA DELLE ATTIVITÀ SPORTIVE

Timbro della struttura  
e del professionista autorizzato  
Cerba HC Italia S.p.A.  
Medicina dello sport  
Via Sannio, 4 - 20137 Milano  
Tel 02/36757598

## CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

(ART. 5 D.M. 18/02/1982)

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

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

il \_\_\_\_\_

Residenza e/o domicilio \_\_\_\_\_

Documento d'identità \_\_\_\_\_

Sport per cui è stata richiesta la visita \_\_\_\_\_

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni  
in atto alla pratica agonistica dello sport \_\_\_\_\_

Il presente certificato ha validità di \_\_\_\_\_ 12 mesi  
\_\_\_\_\_ 27-03-2019

E scadrà il \_\_\_\_\_

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive:  NO  SI (barrare la voce che interessa)

Gruppo sanguigno (A-B-0) \_\_\_\_\_ Fattore Rh \_\_\_\_\_

(per gli sport in cui è richiesto)

Data \_\_\_\_\_ 28-03-2018

Specialista in medicina dello Sport  
Cod. Fed. ONT LNE SOLEO E51E

Il Medico

Il certificato deve essere conservato dalla società per 5 anni. L'atleta deve presentarlo alla  
\_\_\_\_\_ timbro con C.F. e firma leggibile

N° 0229223 /321

DA PRESENTARSI ALLA VISITA SUCCESSIVA

## FAC-SIMILE EMAIL RICHIESTA CERTIFICATI MEDICI:

Caro\* student\*,  
ricevi questa email, perchè risult\* iscritt\* al Trofeo Langè ma il certificato medico depositato in segreteria è scaduto o scadrà prima di lunedì 27 maggio.

Ti chiediamo di consegnare direttamente al tuo Docente di Scienze Motorie copia cartacea del nuovo documento in corso di validità entro e non oltre il giorno 24 maggio 2024 (domani), anticipando una copia scansionata all'indirizzo email scrivente.

Ti ricordiamo che senza il certificato medico per attività sportiva non agonistica, o agonistica, non è possibile prendere parte alla manifestazione sportiva.

In allegato trovi la circolare n° 90 con tutte le informazioni inerenti i certificati medici per partecipare alle gare sportive del liceo Carducci.

Ti ringraziamo fin da ora per la tua preziosa collaborazione.

Un caro saluto.

I docenti di Scienze Motorie.

Buongiorno a tutti,

in vista dei diversi impegni sportivi che si svolgeranno nei prossimi mesi (torneo di Basket, trofeo Perrone e trofeo Langè) vi condivido la situazione dei vostri **certificati medici**.

Chi avesse il certificato medico scaduto, o non l'avesse ancora portato in segreteria, può consegnare la copia cartacea del documento in corso di validità direttamente a me durante le prossime lezioni.

Leggenda

### Stato certificato.

- vuoto: non risulta consegnato il certificato medico in segreteria (magari lo avete, è rinnovato ma non è mai stato consegnato alla scuola)
- scaduto: il certificato medico depositato in segreteria è scaduto.
- in scadenza: il certificato medico sta per scadere (riceverete comunicazione da me per consegnare nuovo certificato medico)
- Ok: siete in regola con il certificato medico.

Vi ricordo che senza il certificato medico non è possibile partecipare alle attività sportive organizzate dalla scuola.

Buona giornata

Prof. Sangiovanni

Screen shot creato dalle tabelle pivot riepilogative del file certificati medici:

DOCENTE	CLASSE_DESC	STATO CERTIFICATO	COGNOME	NOME	CORRINTA di COC
SANGIOVANNI	4G CLASSICO		MASSARINI	FRANCERICA	1
			SAMBURINA	MARINA	1
		<b>Totale</b>			<b>2</b>
		Ok	SONALI	ALICE GIOVIA	1
			MORIGUCCI	BENDETTA EMILIO	1
			RIZZO	GINEVRA	1
			TORTI	ELISA FRANCESCA	1
			BERTARELLO	NICOLÒ	1
			TOMASETTI	DARIO	1
			MANFREDINI	GIACOMO	1
			ALF	BEATRICE	1
			DOLCINI	MARTA	1
			LA GIGLIA	JACOPO MARIA	1
			DOSSINA	IRENE	1
			FOSSATI	PIETRO	1
			NOSENZO	FEDERICO	1
			CROCE	LORENZO	1
		<b>Totale OK</b>			<b>14</b>
		SCADUTO	CORNALI	BEATRICE	1
			BISAGNI	GIOVANNI	1
			CRISP	BEATRICE	1
			JOCARDO	SOFIA	1
			SCAMBELLA	EMMA	1
			SABRIA	ALICE	1
			TOROLI	ELISA LORETTA	1
			GIANNATTI	BEATRICE	1
			GERCA	OLGA	1
			KUMAR	MITTED AMAN	1
		<b>Totale SCADUTO</b>			<b>10</b>
		<b>Totale 4G CLASSICO</b>			<b>20</b>
		<b>Totale SANGIOVANNI</b>			<b>25</b>
		<b>Totale generale</b>			<b>26</b>