

Certificato medico sulla frequenza alle lezioni di educazione fisica sulla base della Direttiva concernente l'esibizione obbligatoria di certificati medici nelle scuole

Il presente certificato medico è da consegnare all'istituto scolastico.

Se il certificato è di durata superiore al mese sarà inviato dall'istituto scolastico al medico scolastico.

Il medico scolastico, se ritenuto necessario dalla scuola, può valutare le richieste d'incapacità a frequentare le lezioni di educazione fisica anche di durata inferiore al mese.

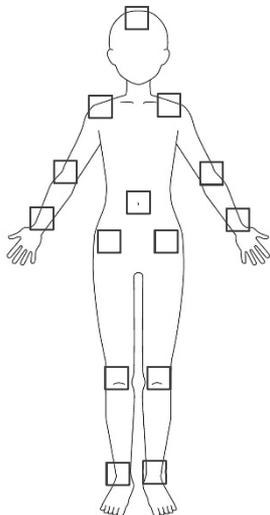
Dati anagrafici allievo/a che richiede la dispensa dalla frequenza alle lezioni di educazione fisica

Cognome e nome
Data di nascita
Domicilio
Istituto scolastico e luogo
Classe frequentata

Dispensa richiesta dal al

Malattia Infortunio
Dispensa parziale Sì NO

Parti che **NON DEVONO** essere sollecitate

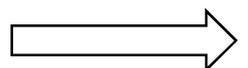


Attività fisiche **CONSENTITE**

- giochi di squadra/sport di contatto
- ginnastica agli attrezzi/ginnastica al suolo
- attività che sollecitano le articolazioni/salti
- attività di resistenza/allenamento cardiovascolare
- allenamento della muscolazione
- attività in acqua/nuoto
- attività di organizzazione/arbitraggio/ricerca

Osservazioni:

.....
.....
.....
.....



Certificato medico sulla frequenza alle lezioni di educazione fisica sulla base della Direttiva concernente l'esibizione obbligatoria di certificati medici nelle scuole 16.07.2024

Per il medico: su richiesta fornirò al medico scolastico le informazioni e/o la documentazione sanitaria relative al presente certificato.

Data

Timbro e firma del medico

.....

Per l'allievo/a o rappresentante legale: autorizzo il medico a trasmettere al medico scolastico le informazioni e/o la documentazione sanitaria relative al presente certificato.

Data

Firma allievo/a o rappresentate legale

.....

VALUTAZIONE DEL MEDICO SCOLASTICO

Considerati:

- il certificato rilasciato dal medico
- i chiarimenti ricevuti dal medico
- l'incontro con l'allievo/a
- l'assenza di chiari elementi esplicativi
- altro:

.....
.....
.....
.....

ho valutato l'idoneità alla frequenza delle lezioni d'educazione fisica.

L'allievo/a è:

- dispensato/a secondo certificato del medico
- dispensato/a fino al
- abile da subito
- abile con le seguenti restrizioni:

.....
.....
.....

Data

Timbro e firma del medico scolastico

.....