



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto
UFFICIO SCOLASTICO PROVINCIALE DI PADOVA
UFFICIO EDUCAZIONE FISICA E SPORTIVA

Via Sanmicheli, 2/a 35129 PADOVA Tel. 049/8208845 Tel.-Fax 049/8760954

e-mail: renato.deltorchio@istruzioneepadova.it

Prot. AOOUSP/249/C32

Padova, 12.01.2009

Ai Sigg.ri Dirigenti Scolastici

- Direzioni Didattiche
- Scuole Medie 1° grado
- Istituti Comprensivi
- Istituti di 2° grado

Loro Sedi

OGGETTO: Certificazione Medica ai fini della partecipazione alle attività sportive scolastiche..

Al fine di regolamentare una procedura che, sovente, è fonte di numerosi equivoci tra medici, utenti, docenti e dirigenti scolastici, si ritiene opportuno, richiamare l'attenzione delle SS.LL. sulla necessità di una puntuale applicazione delle modalità e dei limiti di acquisizione di tali certificazioni.

A tal fine si riporta di seguito un quadro riepilogativo della normativa vigente, corredata di alcune indicazioni procedurali.

ATTIVITÀ PER LE QUALI E' PREVISTA LA CERTIFICAZIONE GRATUITA

Nel rispetto della normativa in vigore¹, la certificazione medica per attività sportiva non agonistica ad uso scolastico, **dovrà essere rilasciata GRATUITAMENTE solo nei seguenti due casi:**

1. ATTIVITÀ PARASCOLASTICHE intese come:

Attività fisico-sportive inserite nel P.O.F. svolte in orario extracurricolare, con partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti .

¹ D.M. del 28/02/83 art. 1 commi a) e c) e del D.P.R. n. 270 e 272 del 28/07/2000 - allegato H, trasmesso dallo scrivente Ufficio con nota prot. 17718/C32 del 05/11/2007

2. **GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI nelle fasi successive a quella d'Istituto** (compresi quegli Istituti accorpati tra loro e diretti da un'unica autorità scolastica), vale a dire Fasi Comunali o Distrettuali o Provinciali o Regionali o Interregionali, tutte precedenti alla fase Nazionale finale.

In merito a quanto detto, è importante evidenziare che il medico potrà evadere le richieste solo se:

- **Presentate con congruo anticipo** rispetto alla manifestazione sportiva in programma (non pochi giorni prima);

e se complete di:

- **Intestazione della Scuola/Istituto;**
- **Dati anagrafici dell'alunno;**
- **Indicazione della tipologia delle attività sportive secondo quanto indicato nel modulo di richiesta allegato;**
- **Firma autografa, in originale, del Dirigente Scolastico;**

SI SOTTOLINEA CHE LE RICHIESTE FOTOCOPIATE O INCOMPLETE NON SARANNO PRESE IN CONSIDERAZIONE.

SI EVIDENZIA INOLTRE CHE LA POSSIBILITÀ DI **AUTOCERTIFICAZIONE DEVE RITENERSI TASSATIVAMENTE ESCLUSA E NON VALIDA** mentre **SARANNO RICONOSCIUTI** quelli di idoneità alla pratica agonistica per la stessa Federazione.

ATTIVITÀ PER LE QUALI NON E' PREVISTA LA CERTIFICAZIONE

1. **in maniera generalizzata in fase di iscrizione;**
2. **per le attività espletate in orario curricolare di Educazione Fisica;**
3. **per i Giochi Sportivi Studenteschi nella fase iniziale** di iscrizione e selezione all'interno dell'Istituto;
4. **per le attività parascolastiche** caratterizzate da esercizio fisico ginnico-motorio non competitivo e senza finalità di gare o competizioni sportive, svolto in orario extracurricolare, nel contesto di corsi di addestramento tecnico, praticabile a tutte le età, senza controllo sanitario preventivo obbligatorio, con finalità promozionali, ludiche, ricreative, ginniche, addestrative;
5. **per l'attività ludico-motoria svolta nelle Scuole Materne ed Elementari** che non può essere ricondotta, per motivi di età degli alunni, ad attività sportiva non agonistica.

SI RIBADISCE che qualora ed a qualsiasi titolo le SS.LL. ritengano necessaria la presentazione di "certificati di Buona Salute" per attività ginnico motorie per corsi di apprendimento delle discipline sportive (ad es. corsi di nuoto), non essendo tale certificazione né obbligatoria né gratuita, sarà espletata in regime libero professionale e la richiesta dovrà essere inoltrata al medico curante dal genitore dell'alunno o dalla Società Sportiva.

Il Dirigente
Franco Venturella

Timbro della Scuola _____

ALLEGATO 1

Scuola o Istituto _____

Al Medico curante dell'alunno _____

(Cognome e nome)

Ai sensi del D.M. 28/2/1983 art. 1, commi A e C e del D.P.R. 272 del 28.07.2000 allegato H, si prega di rilasciare un certificato attestante lo stato di buona salute per la pratica di attività sportiva non agonistica per:

- Partecipazione ad attività parascolastiche svolte in orario extracurricolare con la presenza dell'insegnante (avviamento alla pratica sportiva);
- Partecipazione ai G.S.S. nelle fasi successive a quelle d'Istituto.

all'alunno _____

frequentante la classe _____ dell'Istituto _____

Data,

Firma (in originale)

Il Dirigente Scolastico

ALLEGATO 2

CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

Cognome e nome _____

nato/a in _____ il _____

residente a _____ Via _____

n° iscrizione al S.S.N. _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio.

..... li,

Il presente certificato è valido esclusivamente in copia originale e per solo uso scolastico.

Il Medico