



**ISTITUTO COMPRENSIVO  
IC 1 CAPOLUOGO- POGGIOMARINO**

VIA ROMA, 38 – 80040 – POGGIOMARINO (NA) – Tel./fax 081 8651166

Scuola Secondaria di I Grado ad indirizzo musicale:

VIA G. BERTONI, 15 – 80040 POGGIOMARINO (NA), tel./fax 081 8652694

Cod. Fiscale 82019200631 - Codice Meccanografico Scuola NAIC8F9003

e\_mail: [naic8f9003@istruzione.it](mailto:naic8f9003@istruzione.it) - pec: [naic8f9003@PEC.istruzione.it](mailto:naic8f9003@PEC.istruzione.it) - [www.ic1capoluogopoggiomarino.edu.it](http://www.ic1capoluogopoggiomarino.edu.it)

ISTITUTO COMPRENSIVO - 1 CAPOLUOGO-POGGIOMARINO  
Prot. 0006323 del 19/12/2024  
IV-2 (Uscita)

Alle famiglie e agli alunni  
Scuola Secondaria I grado  
Loro sedi  
p.c. ai docenti e personale ATA  
Scuola Secondaria I grado  
DSGA  
Loro sedi  
Atti/bacheca RE  
Sito web

## INIZIO ATTIVITÀ DEL PROGETTO “COMPETIZIONI SPORTIVE SCOLASTICHE” A. S. 2024/25

Si comunica alle SS.LL. che da Febbraio 2025 a Maggio 2025, avranno inizio le attività relative al Progetto di avviamento alla pratica sportiva “**COMPETIZIONI SPORTIVE SCOLASTICHE**” organizzato dal MIUR in collaborazione con Sport e Salute Spa, riconosciuto dal CONI e inserito nel PTOF d’Istituto, per il potenziamento dell’attività motoria nelle classi della Scuola Secondaria di primo grado.

Il progetto è rivolto agli alunni delle **CLASSI PRIME E SECONDE** della scuola secondaria di I grado.

Si prevedono: n. 1 incontro settimanale di due ore. Il calendario con il dettaglio del giorno e dell’orario sarà comunicato successivamente.

Le attività si svolgeranno da febbraio a maggio, presso la Scuola Secondaria di I grado “IC 1 CAPOLUOGO” di Poggiomarino.

Ci si riserva la possibilità di cambiare giorno e orario in caso di necessità. Gli alunni firmeranno foglio di presenza e, finite le attività, usciranno autonomamente.

Per tutti coloro che parteciperanno alle attività sportive delle C.S.S. è previsto il controllo sanitario per la pratica sportiva non agonistica a norma del D.M del 08/09/2014.

**Tale controllo dovrà essere attestato da un certificato di stato di buona salute previo ECG (Elettrocardiogramma) con validità annuale.**

**La certificazione deve essere rilasciata dai medici di base e pediatri, dal medico dello sport, o da medici tesserati dalla Federazione Medico Sportiva Italiana (FMSI)** non obbligatoriamente specialisti in medicina dello sport, che abbiano frequentato e superato uno specifico corso di formazione e che frequentino continui corsi di aggiornamento allo scopo di mantenere in essere lo status di Soci aggregati alla FMSI

**Gli esami clinici che devono essere effettuati ai fini del rilascio del certificato sono:**

- anamnesi ed esame obiettivo. Completo di misurazione della pressione arteriosa;
- elettrocardiogramma a riposo (basale) debitamente refertato con periodicità annuale per coloro che hanno patologie croniche conclamate, comportanti un aumentato rischio cardiovascolare.
- elettrocardiogramma a riposo (basale), debitamente refertato effettuato almeno una volta nella vita

**N.B. Gli alunni già in possesso di certificato medico in corso di validità rilasciato per attività sportiva agonistica, anche se per disciplina sportiva diversa da quella delle competizioni sportive scolastiche, non sono tenuti ad effettuare visita medica ma dovranno consegnare certificato originale della società sportiva per consentire al Dirigente Scolastico di effettuare una copia autenticata. Il certificato originale sarà restituito all’alunno entro qualche giorno.**

Per tutte le attività riferite alle C.S.S, gli allievi dovranno essere provvisti di assicurazione.

Sarà cura dei referenti verificare l’avvenuto versamento della quota assicurativa.

L’organizzazione e la realizzazione delle Competizioni Sportive Scolastiche previste dal presente documento saranno svolte dalla prof.ssa Nicolina Maria De Falco, dalla prof.ssa Mariarosaria Vitolo e dal prof. Vittorio Guerra

**N.B. Per la partecipazione alle Competizioni Sportive Scolastiche la documentazione completa da consegnare al docente di riferimento è la seguente:**

1. Certificato medico in corso di validità per attività sportiva NON AGONISTICA con l'indicazione dell'elettrocardiogramma esaminato dal medico o con la copia dello stesso e di tutti gli esami effettuati (così come da schema di certificato medico allegato)

OPPURE

2. Certificato medico per attività sportiva AGONISTICA in corso di validità;
3. Autorizzazione firmata dai genitori con copia documenti di riconoscimento.

Sport previsti nel quadro normativo di riferimento:

Fase d'istituto che prevede i seguenti sport:

- DAMA
- PALLAVOLO

Si allega alla presente autorizzazione da stampare e consegnare al docente di riferimento e schema certificato medico

Il Dirigente Scolastico

Prof.ssa Antonietta Ottaiano

Firma autografa sostituita a mezzo stampa  
Ai sensi dell'art.3 comma2del D.L.vo n.39/93

# AUTORIZZAZIONE ATTIVITÀ MOTORIA

**A.S. 2024/2025**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ genitore  
dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la  
classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_ presso la Scuola Secondaria di primo grado

## **AUTORIZZA**

il/la proprii\_\_\_figli\_\_\_ a svolgere le attività di educazione motoria previste per il Progetto  
“**COMPETIZIONI SPORTIVE SCOLASTICHE**”. Inoltre autorizza l'alunno/a ad effettuare uscita  
autonoma al termine delle attività svolte nei giorni stabiliti.

Da consegnare entro e non oltre mercoledì 08 gennaio 2025

Data \_\_\_\_\_

Firme congiunte dei genitori esercenti la patria potestà/affidatari/tutori

### **In caso di firma unica:**

Il sottoscritto, consapevole delle conseguenze amministrative e penali per chi rilascia dichiarazioni non corrispondenti a verità, ai sensi del DPR 2457/2000, dichiara di aver effettuato la scelta/richiesta in osservanza delle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli art. 31, 337 e 337 quater del codice civile, che richiedono il consenso di entrambi i genitori.

**Si dichiara di consegnare il certificato medico per la pratica sportiva NON AGONISTICA così come previsto dal regolamento di partecipazione alle Competizioni Sportive Scolastiche.**

**N.B. SI ALLEGA COPIA DOCUMENTO RICONOSCIMENTO DEI GENITORI**

**(firma Padre)**

**(firma Madre)**

Regione CAMPANIA A.S.L. \_\_\_\_\_

### CERTIFICATO IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ nat\_\_  
a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_  
n. iscrizione al S.S.N. \_\_\_\_\_

il soggetto sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data \_\_\_\_\_ 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 alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

Timbro e firma

\_\_\_\_\_

**NB:** Certificato idoneità sportiva non agonistica è gratuito per l'attività sportiva scolastica. Esami clinici non sono gratuiti.