



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. PERLASCA"

Sede: Via Matteotti, 35 - 20010 Bareggio (MI) tel. 029027951

www.icsperlasca.edu.it

email: miic86700t@istruzione.it

BAREGGIO
Scuola Infanzia LEVI MONTALCINI Via Gallina tel 0290258229
Scuola Primaria RODARI via Matteotti 31 tel 0290362158
Scuola Secondaria DEAMICIS via Matteotti 35 tel 029027951

frazione SAN MARTINO
Scuola Infanzia MUNARI via Pertini 1 tel 0290276825
Scuola Primaria COLLODI via Mirabello 6 tel 0290258225
Scuola Secondaria DEAMICIS via Montegrappa 16 tel 0290276706

Circ.3

Bareggio, 4/9/2026

Alle famiglie
Scuola sec. I grado

OGGETTO: Certificato medico per le attività sportive non agonistiche parascolastiche e per le future uscite didattiche sportive

Gentili famiglie

a seguito della comunicazione di Regione Lombardia n. 0001073 del 9.1.2025, emessa in continuità con la precedente nota n. 0009787 del 26 marzo 2015 (allegato1) è previsto l'obbligo del certificato per attività sportiva non agonistica per gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche e per coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale. La richiesta di tale certificato deve essere effettuata dall'autorità scolastica in base al modello allegato (allegato 2).

In virtù degli accordi tra l'ordine dei medici e la Regione, tale certificazione è gratuita e ha valore solo per le attività scolastiche.

Chi fosse già in possesso di certificazione medica per attività sportive in corso di validità può presentare copia di tale documento .

Ringraziando per la collaborazione, si porgono

Cordiali saluti

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Maria Angela Zanca



Regione Lombardia

**Giunta Regionale
Direzione Generale Salute
U.O. Programmazione e Governo
dei Servizi Sanitari**

Piazza Città di Lombardia, 1
20124 Milano

tel. 02 67652376
fax 02 67654924

www.regione.lombardia.it

Data: Milano, 26-3-2015

Protocollo: H1.2015.0009787

Ai Direttori Generali
ASL della regione Lombardia
Loro sedi

Ai Presidenti degli Ordini Provinciali
Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
Della Regione Lombardia
Loro sedi

All'Ufficio Scolastico Regionale per la
Lombardia
Via Pola, 11
20124 Milano

Al Presidente della Federazione Medico
Sportiva Italiana (FMSI)
Viale Tiziano, 70
00196 Roma

Al Segretario Regionale Lombardia
Federazione Italiana Medici di Famiglia
(FIMMG)
Via Teodosio, 31
20131 Milano

Al Presidente Società Italiana di
Medicina Generale
Via del Pignoncino 9-11
50142 Firenze

Al Presidente Regionale Lombardia
Sindacato Nazionale Autonomo Medici
Italiani (SNAMI)
Viale Beatrice d'Este, 10
20122 Milano

Al Segretario Regionale Lombardia
Federazione Italiana Medici Pediatri
Piazza Mozzarelli, 10
46100 Mantova

p.c. All'Assessore allo Sport e Politiche per i
Giovani
dr Antonio Rossi
Sede

Oggetto: certificato per l'idoneità all'attività sportiva non agonistica richiesto dall'autorità scolastica.

Sono giunti a questa Direzione Generale numerosi quesiti concernenti la certificazione per l'idoneità all'attività sportiva non agonistica per gli alunni delle scuole secondarie di primo e secondo grado. Le domande riguardano principalmente i seguenti punti:

1. chi deve essere in possesso del certificato per attività sportiva non agonistica praticata dagli alunni delle scuole secondarie di primo e secondo grado;
2. chi può richiedere tale certificato;
3. se per il rilascio del certificato è necessaria o meno l'esecuzione di un Elettrocardiogramma (ECG);
4. se l'ECG deve essere effettuato e refertato contestualmente alla visita;
5. da chi può essere rilasciato il certificato e se questo è gratuito o a pagamento;
6. se l'ECG è gratuito o a pagamento.

Al fine di dare risposta ai succitati quesiti si specifica che:

1. L'obbligo del certificato per attività sportiva non agonistica è previsto per:
 - gli alunni che svolgono attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
 - coloro che partecipano ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale.
2. Per le attività sportive "scolastiche" la richiesta deve essere effettuata dall'autorità scolastica e non direttamente dal singolo studente.
3. Per il rilascio del certificato, per chi non ha patologie o fattori di rischio cardiovascolare, è necessario quanto segue:
 - l'anamnesi e l'esame obiettivo, completo di misurazione della pressione arteriosa;
 - un elettrocardiogramma a riposo, debitamente refertato, effettuato almeno una volta nella vita.
4. L'ECG può essere effettuato e refertato non contestualmente alla visita.
5. I certificati, per gli studenti indicati al punto 1, sono rilasciati dal pediatra di libera scelta (PdLS) o dal medico di medicina generale (MMG), relativamente ai propri assistiti, senza alcun onere da

parte dell'assistito (gratuitamente), nell'ambito delle attività previste dai rispettivi accordi collettivi nazionali (Compiti del Medico con Compensi a Quota Fissa).

6. L'ECG, per gli studenti indicati al punto 1, è erogato senza alcun onere da parte dell'assistito (gratuitamente). A tale fine il PdLS o MMG compilerà una richiesta su ricettario del SSN (ricetta rossa) indicando l'esenzione I01 (Imola zero uno) e riportando come quesito diagnostico/motivazione della richiesta: "Per certificazione non agonistica richiesta dalla scuola".

Per quanto concerne l'ECG si sottolinea non è necessario eseguirlo ad ogni rinnovo annuale del certificato. Sarà sufficiente che il medico certificatore prenda visione del referto dell'ECG già eseguito, sia per la certificazione sportiva sia per qualsiasi altro motivo, e riporti la data dell'effettuazione sul certificato stesso. Si allega il modello di certificato.

Infine si ribadisce quanto già indicato in una precedente nota (Prot. N. H1.2014.0005182), ossia che se un ragazzo è già in possesso di un certificato per l'attività sportiva agonistica, in corso di validità, questi NON deve effettuare un'ulteriore visita per il rilascio del certificato non agonistico: per partecipare alle attività fisico-sportive parascolastiche e ai giochi studenteschi è sufficiente la presentazione della copia del certificato per attività sportiva agonistica.

Si prega chi in indirizzo di dare la massima diffusione, a chi di interesse, della presente nota.

Distinti saluti,

Il Direttore Generale
Walter Bergamaschi

Il referente della pratica: Nadia Da Re tel. 02/67653393



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "G. PERLASCA"

Sede: Via Matteotti, 35 - 20010 Bareggio (MI) tel. 029027951

www.icsperlasca.edu.it

email: miic86700t@istruzione.it

MODULO / CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA' SPORTIVA IN AMBITO SCOLASTICO

(approvato nelle sedute dei Comitati Aziendali della Pediatria di Famiglia del 14/06/2018 e della Medicina Generale del 13/06/2018)

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 **MARIA ANGELA ZANCA** in qualità di Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "G.PERLASCA" di Bareggio (Mi)

CHIEDE

che l'alunno/a _____ nato/a _____
il _____ frequentante la classe _____ Secondaria DEAMICIS di
Bareggio 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 curriculari 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.

Data, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

(timbro e firma)

.....



CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' (A CURA DEL MEDICO CURANTE)

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

nato/a ilsulla 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.