



**Azienda Sanitaria Locale N°2 Lanciano-Vasto-Chieti**  
Dipartimento di Prevenzione  
**MEDICINA dello SPORT**



## **RICHIESTA di IDONEITA' alla PRATICA SPORTIVA**

- **AGONISTICA** per gli alunni delle scuole partecipanti alle fasi finali nazionali dei giochi studenteschi
- **NON AGONISTICA** per gli alunni delle scuole partecipanti alle fasi precedenti di quelle finali nazionali dei giochi studenteschi e/o attività parascolastiche

**L'ISTITUTO SCOLASTICO** \_\_\_\_\_

Dirigente Scolastico Prof.: \_\_\_\_\_

Indirizzo per comunicazioni c/o \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.a.p. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) Tel.e/o Fax : \_\_\_\_\_

*N.B. : Riempire **tutti** i campi in stampatello e leggibile*

**Chiede** per il proprio alunno

Sig. .... data di nascita .... / .... / .....

Idoneità alla pratica **agonistica** dello sport .....  
in quanto partecipante alle fasi finali nazionali dei giochi studenteschi

Idoneità alla pratica **non agonistica**  
in quanto partecipante a :

- ☐ fasi precedenti di quelle finali nazionali dei giochi studenteschi
- ☐ attività parascolastiche

### **SI DA' ATTO DI ESSERE STATI INFORMATI CHE**

1. si accede alla struttura di Medicina dello Sport mediante appuntamento esclusivamente previa esibizione di tale **richiesta**, del **documento di riconoscimento** e della **tessera sanitaria**, il personale predisporrà l'iter successivo.
2. i **minorenni** dovranno essere **obbligatoriamente accompagnati** dai genitori (con documento di riconoscimento) o altro tutore legale (munito di documento di riconoscimento e provvedimento giudiziario).
3. è doveroso portare tutta la **documentazione Sanitaria** di cui si è in possesso.
4. è opportuno munirsi di **abbigliamento sportivo** adeguato per l'effettuazione del test da sforzo;
5. verranno rispettate le norme contenute negli **art. 8-9-13-14 della L.R. 132/97** che si riportano sul retro

**Timbro e firma originale  
del Dirigente Scolastico**

-----

Medicina dello Sport

Data -----