

## 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 o ripetuti certificati hanno una durata complessiva superiore al mese saranno inviati 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 .....  
Recapito telefonico .....  
Istituto scolastico e luogo .....  
Classe frequentata .....

Dispensa richiesta dal       al



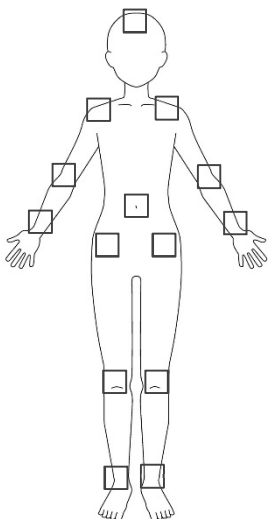
[www.activdispens.ch/it](http://www.activdispens.ch/it)

Malattia  Infortunio

Attività fisica adattata SÌ  NO

(se sì, compilare sotto)

Parti che **NON DEVONO** essere sollecitate

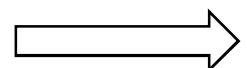


Attività fisiche **CONSENTITE**

- 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
- attività di rilassamento

Osservazioni:

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



**Certificato medico sulla frequenza alle lezioni di educazione fisica sulla base della Direttiva concernente l'esibizione obbligatoria di certificati medici nelle scuole** 01.09.2025

**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

.....

Contatto di posta elettronica 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

Certificato non valutabile. Motivo: .....

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

.....