

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

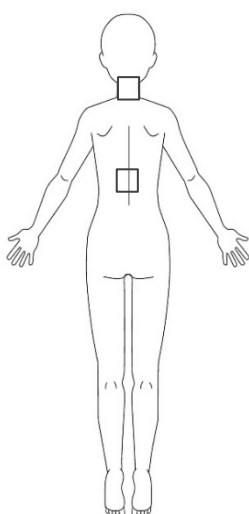
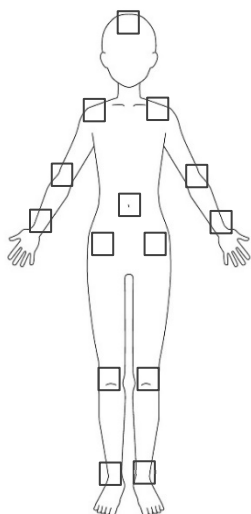


www.activdispens.ch/it

Malattia ☐ Infortunio ☐

Attività fisica adattata SÌ ☐ NO ☐
(se sì, compilare sotto)

Parti che **NON** devono essere sollecitate

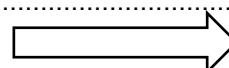


Attività fisiche **NON** consentite

- ☐ attività e giochi di squadra a contatto fisico intenso e/o prolungato (lotta, rugby, piramidi, ...)
- ☐ attività e giochi di squadra a contatto fisico limitato (basket, calcio, unihockey ...)
- ☐ attività e giochi di squadra senza contatto fisico (pallavolo, baseball, giochi di racchette ...)
- ☐ ginnastica agli attrezzi
- ☐ salti
- ☐ lanci
- ☐ attività di resistenza/allenamento cardiovascolare
- ☐ allenamento della muscolazione
- ☐ attività in acqua/nuoto
- ☐ attività di rilassamento e ginnastica "low impact" (yoga, mindfulness, pilates, ...)
- ☐ attività espressive e danza

Osservazioni:

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



Certificato medico sulla frequenza alle lezioni di educazione fisica sulla base della Direttiva concernente l'esibizione obbligatoria di certificati medici nelle scuole 30.06.2026

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

.....