**Dispensa dalle lezioni di educazione fisica a scuola**

Cognome        Dispensa completa per le lezioni di educazione fisica a scuola

Nome        Dispensa parziale per le lezioni di educazione fisica a scuola

Data di nascita       Dispensa dal       al

Indirizzo       La visita di controllo è pre vista il      .

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

No di telefono

**Osservazioni importanti per gli sport/le attività seguenti :**

**SONO AUTORIZZATI**

i giochi di squadra / gli sport di contatto

la ginnastica agli attrezzi / la ginnastica al suolo

le attività che sollecitano le articolazioni / i salti

gli esercizi fisici di resistenza, l’allenamento cardiovascolare

l’allenamento della muscolazione

le attività in acqua / il nuoto

Esposizione agli agenti allergenici / al fattore d’irritazione

**L’allievo può praticare le attività e i movimenti indicati nella lista degli esercizi di activdispens.ch:**

Arti superiori  Arti inferiori  Tronco e arti superiori  Tronco e arti inferiori

**Ulteriori consiglie raccomandazioni**

**Si prega di consultare o consultare nuovamente:**

Il medico  Il fisioterapista

Nome dell’istituto scolastico:       Data: 01.01.2016

Docente di educazione fisica:       Timbro e firma del medico:



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