Repubblica e Cantone Ticino
Dipartimento della sanità e della socialità
Divisione della salute pubblica

Ufficio del medico cantonale
6501 Bellinzona
www.ti.ch/med

30.06.2026

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 .....

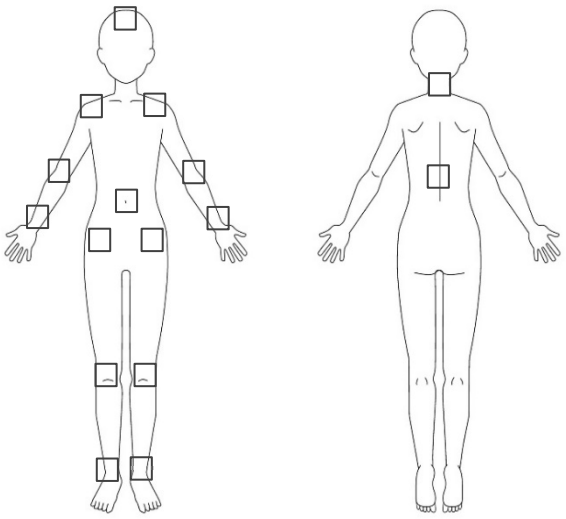
Dispensa richiesta dal ☐☐.☐☐.☐☐ **al** ☐☐.☐☐.☐☐

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:

.....

.....

.....

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

.....