
Richiesta Certificato Medico Idoneità Sportiva

Il Dirigente Scolastico di questo Liceo Scientifico Statale

dichiara che lo studente _____

nato / a _____ il ___/___/_____

svolgerà attività fisico - sportiva non agonistica e / o parteciperà ai "Giochi Sportivi Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da questo organo scolastico e per tale motivo chiede al Medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1 del D. M. 28.02.1983 - L.R. 15.12.1994, il rilascio di un certificato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Roma, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Maria Teresa Martelletti

Il sottoscritto _____

CERTIFICA che

Cognome Nome _____

Nato / a _____ a il ___/___/_____

Residente a Via _____ Città _____ Prov. (____) CAP _____

In base alla visita da me effettuata è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'AGN, su richiesta del Capo d'Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28.02.83).

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

Roma, _____

Firma e timbro del Medico