

---

**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 Raspaolo

---

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