

circ. n. 234/2017 del 10-10-2017

**MODELLO PER LA RICHIESTA DI CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO.**

Il Dirigente Scolastico

Dichiara che l'alunno .....

Nato a ..... Il .....

Svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà ai "Campionati Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali, nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da codesto 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, n. 94, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data .....



Il Dirigente Scolastico

Dirigente Scolastico

*Dott.ssa Rosangela Tarato*

A cura del medico

Certificato per attività sportiva non agonistica in ambito scolastico

Certifico Che

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... Via .....

In base alla visita medica da me effettuata è in **stato di buona salute** e non presenta contro indicazioni alla pratica di attività sportive non agonistica in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell' ACN, 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 solo per uso scolastico.

...../...../.....

Firma e timbro del medico