

RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO PER LA PRATICA

DI ATTIVITA’ SPORTIVA NON AGONISTICA

Al medico/pediatra curante dell’allievo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti dell’art. 1 – lettere a) e c) del D.M. 28/02/1983 e dell’allegato H del DPR 272 del 28.07.99

SI RICHIEDE

che l’alunno/a venga sottoposto/a al controllo sanitario di cui al citato DM e il rilascio per uso scolastico del certificato medico di idoneità all’attività sportiva non agonistica

1. Per attività fisico-sportive organizzate dalla scuola
2. Per la partecipazione ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti quella nazionale

Si precisa

* Che la presente richiesta viene inoltrata per la pratica di attività sportive non agonistiche
* Che il certificato sarà acquisito agli atti dell’istituzione scolastica e non sarà riprodotto in alcuna forma, né utilizzato per scopi diversi da quello scolastico.

Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La Dirigente Scolastica

(Prof.ssa Paola Maria La Monica)

Firma autografa omessa ai sensi dell’art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993