



Il Dirigente Scolastico GUARINO GENNARO

dichiara che lo studente/alunno/a.....

nato/a a..... il svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica in orario scolastico ed extrascolastico organizzata da codesto Istituto e parteciperà ai "Giochi Sportivi Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle regionali.

Per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1 D.M. 28.02.1983 L.R.15.12.1994, n. 94 e dal D.P.R. 272/00 allegato H, nonché dalla L. 98/2013 e successivamente dalla L. 125/2013, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data,.....

Firma del Dirigente Scolastico e timbro

.....
CERTIFICO CHE

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

nato/ail.....

residente avia.....

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

Si rilascia gratuitamente ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, su richiesta del Dirigente Scolastico, 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

Firma e timbro del medico