

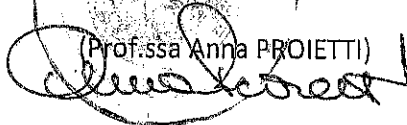
Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "A. Balabanoff"

DICHIARA

Che l'alunno/a _____ nato a _____

Il _____, svolgerà attività fisico/sportiva non agonistica e/o parteciperà al Centro Sportivo Studentesco 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

Roma _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(Prof.ssa Anna PROIETTI)


CERTIFICO CHE:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente a _____ Via/P.za _____

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 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. 28/02/1983).

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

Firma e timbro del Medico

Data _____
