

**Modulo per la richiesta di certificazione per attività sportiva non agonistica in ambito scolastico**

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo di San Piero Patti

**dichiara**

che lo / la studente/ssa - alunna nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, svolgerà attività non agonistica e/o parteciperà ai "Giochi della Gioventù" e/o 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  
(Prof.ssa Claude Graziano)

**CERTIFICO CHE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

in base valla 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. 28/02/83).**

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

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma e timbro del medico