



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO SAN FRANCESCO
(Scuola Infanzia, Primaria e Sec. I grado) Cod. Min.RMIC87200T
Via San Francesco, 271 - 00061 Anguillara Sabazia (Rm) C. F. 97201070584
☎ 06.9996621/ 99900860 fax 06 99901154 ✉ RMIC87200T@ISTRUZIONE.it

ANNO SCOLASTICO

Il Dirigente Scolastico

dichiara che l'alunno _____ nato a _____

il _____ classe _____ è stato selezionato per partecipare a:

- o ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' PARASCOLASTICHE;
- o GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI – FASI PROVINCIALI E REGIONALI;
- o MANIFESTAZIONI SPORTIVE INSERITE NEL P.O.F.

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si ha la necessità di acquisire la certificazione medica attestante il suo stato di buona salute. Si chiede, pertanto, che l'alunno venga sottoposto a visita medica gratuita, che, ai sensi del D.M. 28/02/1983 – art. 2 – 1° comma e D.P.R. 270 e 272 del 28/07/2000 (G:U: del 2/10/2000) deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.

Timbro della Scuola
(in originale)

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Paola Di Muro

.....
SI CERTIFICA CHE

Cognome _____ **Nome** _____

nato a _____ il _____

residente a _____ CF _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente per il solo uso scolastico

..... lì,

Il Medico
(timbro e firma)