Ministero della Pubblica Istruzione

Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

ISTITUTO COMPRENSIVO *"PARCO DEGLI ACQUEDOTTI"*

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo, Parco degli Acquedotti"di Roma, dichiara che lo studente _____ nato a _____ il _____, svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai „Giochi Sportivi Studenteschi" nelle fasi precedenti a 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 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 sportiva non agonistica in ambito scolastico (Rif. Linee -guida del Ministero della salute del 17/06/2015-Nr. 4165P-16/06/2015)

Roma, _____

Il Dirigente Scolastico (Prof.ssa Roberta Villani)

CERTIFICO CHE

Cognome ..... Nome .....
nato a ..... il .....
residente a ..... via .....

In base alla visita 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 del'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 il solo uso scolastico.

.....

Firma e timbro del medico