



Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

F.I.M.P.

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto
 dichiara che lo studente/alunno
 nato a il, svolgerà attività fisico-
 sportiva non agonistica e/o parteciperà ai "Giochi Sportivi Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle
 nazionali nelle seguenti specialità :
 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 e dal D.P.R. 272/00 allegato H, 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 Capo di Istituto e timbro

CERTIFICO CHE

Cognome Nome

Nato a Il

Residente a via.....

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 per le specialità
sopra indicate ad eccezione della

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art.29 dell'ACN, su richiesta del Capo di 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