

Il presente modulo è da presentare alla scuola all'atto della conferma dell'iscrizione (luglio) e comunque non oltre il mese di settembre dell'Anno Scolastico di riferimento.

M.I.U.R.
Ufficio Scolastico Provinciale
Roma

F.I.M.P.
Provincia di Roma

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Superiore Statale "Lucio Lombardo Radice" di chiara che lo studente
....., nato a

il, iscritto c/o questo Istituto nell'A. S. 20____/20____, svolgerà **attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai Giochi Sportivi Studenteschi** nelle fasi precedenti qu elle 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, li

Il Dirigente Scolastico
F.to Marina Proietti

CERTIFICO CHE

Cognome Nome.....

nat__ a il

residente in 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.**

Si rilascia gratuitamente ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, su richiesta del Dirigente Scolastico dell'I. S. "L. Lombardo Radice", 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.

Data

Firma e timbro del medico
