

FUTURA LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI



Ministero dell'Istruzione e del Merito

Prot. _____

LUOGO, _____

Al Sig. Medico curante dello/a Studente/ssa _____ PROPRIA SEDE

Il sottoscritto Dirigente Scolastico del _____

CHIEDE

alla S.V. il rilascio di un certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica allo/a studente/ssa sopraccitat__

Il Dirigente Scolastico

Regione CAMPANIA A.S.L. _____

CERTIFICATO IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome _____ Nome _____ nat_ a _____ il _____ residente a _____ in via _____ n. _____.

N. iscrizione al S.S.N. _____

Il soggetto sulla base della me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistiche. Il presente certificato ha validità annuale alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

_____, li _____

Timbro e firma

NB: Certificato idoneità sportiva non agonistica è gratuito per l'attività sportiva scolastica. Esami clinici non sono gratuiti

Al Dirigente Scolastico del _____

l_ sottoscritt_ _____ residente a _____ via _____ genitore dell'alunn_ _____ iscritt_ alla classe __ sez. __, autorizza l_ propri_ figli_ ad iscriversi al gruppo Sportivo a.s. 2023/2024 e partecipare alle attività pomeridiane e alle varie Fasi dei Campionati Studenteschi.

Data _____

Firma del genitore