

I.S. LUCIO LOMBARDO RADICE			Da presentare al Medico di base e riconsegnare in Segreteria
Tel. 06121122835	RMTD38000R@istruzione.it	www.islombardoradice.edu.it	
RILASCIO CERTIFICATO MEDICO ATTIVITÀ SPORTIVE NON AGONISTICHE – Alunni		Pagina 1 di 1	

Il sottoscritto, Dirigente Scolastico dell'I.S. "Lucio Lombardo Radice", sito in Piazza E. Viola n. 6 (Roma), dichiara che l'alunno _____ nato a _____ il _____, frequentante nell'a.s. _____ la classe _____. svolgerà attività di avviamento alla pratica sportiva presso il Centro Sportivo Scolastico e/o parteciperà ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti quelle nazionali, nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da questo Istituto.

A tal fine si chiede al medico curante, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, della Legge 9 agosto 2013, n. 98 e del Decreto del Ministero della Salute dell'8 agosto 2014, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data, _____

Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Francesca Natali
(Firma autografa sostituita ex art. 3, c. D.Lgs n. 39/93)

SI CERTIFICA CHE

Cognome _____ Nome _____
nato/a a _____ il _____ residente a _____
via _____ n. _____, sulla base della visita medica da me effettuata e degli eventuali esami clinici ed accertamenti diagnostici eseguiti, è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consenti dalla legge.

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
