



**Ministero dell'Istruzione del Merito
USR - Lazio
Istituto Comprensivo Gino Strada**

Via Latina, 303 – 00179 ROMA
17° Distretto – Municipio VII - tel. 06 893 71 483
Cod. Fisc. 80223110588 - Codice Meccanografico RMIC8CV00V
Cod. IPA ist_RMIC8CV00V – Cod. Univoco UFA886
e-mail: mic8cv00v@istruzione.it - PEC: mic8cv00v@pec.istruzione.it
Sito: www.icstradagino.edu.it



Mod. F2

**ERTICAZIONE MEDICA PER SPORT
NON AGONISTICO**

Anno scolastico...../.....

Il Dirigente Scolastico dell' I.C. "Gino Strada" dichiara che

C

L'alunn.....
Nat... ail.....
classe sezione plesso.....,
è stat... selezionat... a partecipare a

- attività fisico sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche
- giochi sportivi studenteschi – fasi provinciali e regionali
- manifestazioni sportive inserite nel PTOF

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si ha la necessità di acquisire la certificazione medica attestante il suo stato di buona salute. Si chiede, pertanto, che l'alunno/a venga sottoposto/a a visita medica gratuita, che, ai sensi del D.M.28/02/1983 art 2 ,1°comma e D.P.R. 270 e 272 del 28/07/2000 (G.U. del 02/10/2000) deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.

Il Dirigente Scolastico

(firma in originale)

SI CERTIFICA CHE

Cognome.....Nome.....

Nat.... ail.....

Residente aCF.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente per uso scolastico.

Il Medico

....., li.....

Timbro e firma