

Timbro Istituzione Scolastica

ANNO SCOLASTICO.....

Il Dirigente Scolastico della Scuola.....

Dichiara che l'alunno nato a

il..... classe.....è stato selezionato per partecipare a:

☐ attività fisico-sportive parascolastiche svolte in orario extra curricolare finalizzate alla partecipazione a gare e campionati

☐ Campionati Studenteschi
che si svolgeranno aa partire dalla data.....

Per tale motivo chiede al medico curante, il rilascio di un certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico.

Il Dirigente Scolastico
(Timbro e firma in originale)

Data.....

SI CERTIFICA CHE

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

Nato ail.....

Residente aVia.....

Il soggetto , sulla base della visita medica da me effettuata, dai valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data non presenta contronidicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

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

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in originale e per il solo uso scolastico.

Data.....

IL MEDICO
(timbro e firma)