

OGGETTO: RILASCIO CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITÀ SPORTIVE NON AGONISTICHE

Il sottoscritto, Dirigente Scolastico dell'I.C. "Maria Montessori", Via dei Volsci n. 12, Terracina (LT), dichiara che l'alunno/a:

COGNOME NOME			
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	

svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica nell'ambito delle attività parascolastiche e/o parteciperà alle iniziative di preparazione e/o partecipazione ai "Giochi Sportivi Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali.

A tal fine si chiede al Medico competente, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, della Legge 9 agosto 2013, n. 98 e della nota del Ministero della Salute dell'11 settembre 2013, 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
Barbara Marini**

RISERVATO AL MEDICO

Il sottoscritto Medico,

COGNOME NOME						
SPECIALIZZAZIONE	<input type="checkbox"/>	Medico di medicina generale	<input type="checkbox"/>	Pediatra di libera scelta	<input type="checkbox"/>	Medico dello sport
	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)				

CERTIFICA CHE

Il/La minore

COGNOME NOME			
DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	
RESIDENTE A			
INDIRIZZO			

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 per gli usi consenti dalla legge.

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

Data _____

Timbro e firma del Medico