



Liceo scientifico e liceo scientifico OSA
Scuola polo per la formazione ambito 08

RICHIESTA DI CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA
AD USO SCOLASTICO

- Legge 9 agosto 2013 n.98 –conversione del Decreto legge 69/2013-

La sottoscritta prof.^{ssa} Adriana Mincione, Dirigente scolastico del Liceo scientifico "E.Fermi" di Aversa, chiede il rilascio del certificato medico non agonistico per le attività sportive parascolastiche previste all'interno del PTOF ad esclusivo uso scolastico

per l'alunno/a _____

nato/a a _____ (____) il ____/____/____

residente a _____ (____) via/piazza _____ n. ____

frequentante la classe ____ sez. ____ con indirizzo di studio Scienze Applicate Classe 2.0

Cambridge Biomedico presso codesto Liceo scientifico (sede Aversa Parete) nell'a.s.

_____/____

_____, lì _____

Il Dirigente scolastico
Prof.^{ssa} Adriana Mincione

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi
dell'art. 3, c. 2 del Decreto Legislativo n. 39/1993*

CERTIFICO CHE

Cognome: _____ Nome: _____

nato/a a _____ (____) il _____

residente in _____ (____) via/piazza _____ n. ____

in base alla visita medica da me effettuata, è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico per le attività sopra indicate ad eccezione della _____

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

(luogo, data)

Firma e timbro del medico
