



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "DON LORENZO MILANI"**

Via Castel Campanile km 11,800

00050 Cerveteri - I Terzi (Roma) - Tel./Fax 0699205013 – e-mail [donmilani2001@libero.it](mailto:donmilani2001@libero.it)  
sito web <http://digilander.libero.it/icdonmilani> - C. F. 8020861056 – Cod. Mecc. RMIC883008  
30° Distretto Scolastico Bracciano

*IL DIRIGENTE SCOLASTICO*

*dichiara che l'alunno .....*

*nato/a a ..... il ..... iscritto a frequentare le lezioni in questa Scuola, svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e potrebbe partecipare ai "Giochi Sportivi Studenteschi" (od attività analoghe) nelle fasi precedenti quelle nazionali, nell'ambito di attività scolastiche, parascolastiche ed extrascolastiche organizzate da questa Scuola e comunque previste nel P.O.F. del nostro Istituto. Per tale motivo si chiede al medico curante, secondo quanto previsto dalla normativa vigente ed in particolare dall'art. 1 del D.M. 28/02/1983, dalla L.R. 15/12/1994 n. 94 e successive, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive.*

Cerveteri, .....

Il Dirigente Scolastico

---

---

*SI CERTIFICA CHE:*

*Cognome ..... Nome .....*

*nato/a a ..... il .....*

*residente a ..... in via .....*

*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.*

*Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, 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 copia originale e per il solo uso scolastico.*

.....  
*firma e timbro del medico*