



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

Istituto Comprensivo "Don Lorenzo Milani"

Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di I grado anche ad Indirizzo Musicale

Cod. Mecc. RMIC883008 – 30° Distretto Scolastico - C.F. - 80208610586

e-mail rmic883008@istruzione.it – sito icdonmilanicerveteri.it

Via Alessandro Scarlatti, 36 – 00052 Cerveteri - Valcanneto (RM)

Tel. 0699205013 -0647546839

ANNO SCOLASTICO 2018/2019

MOD 6

Il Dirigente Scolastico

Dichiara che l'alunno _____ nato a _____

Il _____ classe _____ è stato selezionato per partecipare a:

___ attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;

giochi sportivi studenteschi – fasi provinciali e regionali;

manifestazione sportive inserite nel P.O.F.

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 venga sottoposto a visita medica gratuita che, ai sensi del D.M. 28/02/1983- art. 2- comma 1 e D.P.R. 270 e 272 del 28/07/2000 (G.U. del 2/10/2000) deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.

La Dirigente Scolastica

Dott.ssa Paola Di Muro

Firma autografa omessa ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D.Lgs. 39/1993

SI CERTIFICA CHE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ PR. _____ il _____

Residente a _____ C.F. _____

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

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

_____ li _____

Il Medico

(timbro e firma)