



Il Dirigente della Scuola / Istituto .....  
 dichiara che lo studente .....

nato a ..... il .....

(barrare la voce che interessa)

svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica in orario extracurricolare con la partecipazione attiva dell'insegnante (all. H ACN PLS 15/12/2005);

parteciperà ai "Giochi della Gioventù" nelle fasi precedenti quelle nazionali, successive a quelle d'istituto o rete di istituti; (da richiedere al momento dell'utilizzo)

e per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art.1 lett. a) e c) del D.M. 28.02.1983, dalla C.R. N° 36 del 2/10/1998 e dall'ACN PLS 15/12/2005, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tale attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Data, .....

\_\_\_\_\_  
**Firma e timbro del Capo d'Istituto**

- La presente richiesta ha validità solo se compilata per intero, firmata e timbrata.

- Il firmatario della richiesta è giuridicamente responsabile di eventuale utilizzo non conforme alle suddette normative.

**CERTIFICO CHE**

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

Nato a ..... il .....

Residente a ..... 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.44 dell'ACN PLS, su richiesta del Capo d'Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83 art. 1 lettere: a e c).*

*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**