



Il Dirigente Scolastico dell'Istituto .....  
dichiara che lo studente/alunno ....., nato a  
..... il ....., svolgerà attività fisico-sportiva non  
agonistica e/o parteciperà ai "Giochi Sportivi Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali nelle  
seguenti specialità: .....,  
nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da codesto organo scolastico e per tale motivo chiede al  
medico curante, secondo quanto previsto dall'art.1 del D.M. 28.02.1983 – L.R. 15.12.1994, n.94, il  
rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in  
ambito scolastico.

Data, .....

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

---

**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 per le specialità sopra indicate ad eccezione  
della .....

*Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art.29 dell'ACN, su richiesta del Capo d'Istituto,  
per gli usi consenti dalla legge (D.M.28/02/83).*

***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*