



## RICHIESTA VISITA MEDICA PER ATTIVITÀ SPORTIVE

Anno scolastico .....

### Il Dirigente Scolastico della Scuola I.I.S.S. "C. A. Dalla Chiesa"

Dichiara che l'alunno .....

nato a ..... il ..... classe ..... Indirizzo  
.....

#### è stato selezionato a partecipare a:

- Attività fisico-sportive organizzate dagli organi scolastici nell'ambito delle attività parascolastiche;
- Giochi sportivi studenteschi – Fasi provinciali e regionali;
- Manifestazioni 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 richiede, pertanto, che l'alunno venga sottoposto a visita medica.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Maria Rita Salvi

Firma autografa omessa  
ai sensi dell'art. 3, comma 2, D.Lgs. 39/93

### SI CERTIFICA CHE

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

nato a .....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 in 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

Il Medico (*timbro e firma*)

.....