



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 e dal D.P.R. 272/00 allegato H, 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 di 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 di Istituto per gli usi  
consentiti dalla legge (D.M. 28/02/1983).*

*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