



Istituto di Istruzione Superiore
“GOBETTI MARCHESINI-CASALE-ARDUINO”
Polo per la Chimica e le Biotecnologie Sanitarie e Ambientali
Amministrazione Finanza e Marketing Relazioni Internazionali per il Marketing

OGGETTO : Richiesta di certificato medico sportivo

Il Dirigente scolastico dichiara che l'alunno
nato a il..... appartenente alla classe
nell'a.s. è stato selezionato per partecipare a:

- attività fisico-sportive parascolastiche svolte in orario extra curricolare finalizzate alla partecipazione a gare e campionati.
- Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi successive a quelle di Istituto che si svolgeranno a a partire dalla data.....

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 successivi**, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali **attività sportiva non agonistica**.

Torino,li.....

Il Dirigente Scolastico
(timbro e firma in originale)

SI CERTIFICA CHE

Cognome.....Nome.....
nato ail.....
residente avia.....

In base alla visita medica da me effettuata risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.
Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 del ACN, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28.02.83).

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

Data.....

Il Medico
(timbro e firma)