



LUOGO, _____

Al Sig Medico curante dello/a Studente/ssa _____

PROPRIA SEDE

La sottoscritta prof.ssa Maria Russo Dirigente Scolastico dell' Ist. Comp. "Di Vittorio - Padre Pio"

CHIEDE

alla S.V. il rilascio di un certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica allo/a studente/ssa sopracitat_____

Il Dirigente Scolastico

CERTIFICATO IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome _____ Nome _____ nat_ a _____

il _____ residente a _____ in via _____ n. _____

n. iscrizione al S.S.N. _____

il soggetto sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data 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 alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

_____, li _____

Timbro e firma

Al Dirigente Scolastico

Del _____

_I_sottoscritt_ _____ residente a _____ via _____

genitore dell'alunn_____ iscritt_ alla classe ____ sez. ____
autorizza _I_ propri_ figli_ ad iscriversi al gruppo Sportivo a.s. 2023/24 e partecipare alle attività pomeridiane e alle varie Fasi delle competizioni sportive scolastiche.

Data _____

Firma del genitore
