



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
ISTITUTO COMPRENSIVO "A. Malfatti" Contigliano
Via della Repubblica n. 23 ☎ e fax 0746-706148 ✉ riic823002@istruzione.it

Al Dottore _____

OGGETTO: CERTIFICATO MEDICO.

Si chiede il rilascio della certificazione medica relativa all'espletamento delle attività sportive non agonistiche parascolastiche per l'alunno/a _____ frequentante la classe _____ della scuola _____ di _____ anno scolastico 20 ____/20 ____



Il Dirigente Scolastico

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.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art.29 dell'ACN, su richiesta del Capo d'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.

Data _____