



LICEO SCIENTIFICO STATALE "G. ALESSI"

PERUGIA

Via Ruggero d'Andreatto,19 – 06124 Perugia

Tel. 075-5403811 - Fax 075-5738420

paps030008@istruzione.it

Al Medico dell'alunno/a _____

n. iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale: _____

a.s. 2017 /2018

Oggetto: richiesta di certificato medico ai sensi del D.M. 28.02.1983

L'alunno/a di cui sopra intende prendere parte all'attività fisico-sportiva organizzata da questa scuola nell'ambito delle attività parascolastiche facoltative svolte in orario extrascolastico e alla pratica sportiva non agonistica. Al fine di consentirgli detta pratica, si ha la necessità di acquisire la certificazione medica attestante il suo stato di buona salute. Si chiede pertanto che l'alunno venga sottoposto a visita medica che, ai sensi del D.M. in oggetto, deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.



IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof.ssa Francesca Volpi

/*

Sulla base della visita medica da me effettuata, l'alunno/a: _____

risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto allo svolgimento della pratica sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Perugia, _____

timbro e firma