



Ufficio Scolastico Regionale SICILIA

La Dirigente Scolastica dell’Istituto “Ignazio Capizzi” di Bronte (CT) dichiara che lo studente

.....nato.....a.....
 il.....Classe.....Istituto.....

svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà ai “Giochi Sportivi Studenteschi” nelle fasi di Istituto, nelle seguenti specialità: **Pallacanestro 3 vs 3, Tennis Tavolo, Scacchi, Danza Sportiva e Calcio a 5**, nell’ambito delle attività extrascolastiche organizzate da codesto Istituto 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 DPR 272/00, allegato H, il rilascio di un certificato medico di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico

Data, 06/02/2024

La Dirigente Scolastica
 (Dott.ssa Maria Gabriella Spitaleri)



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 dell’attività sportiva non agonistica in ambito scolastico per le specialità sopraindicate ad eccezione della.....

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell’art. 29 dell’ACN, su richiesta del Capo d’Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83).

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