



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
I. C. "VIA MEROPE"
Sede Via Merope, 24 - 00133 Roma - Tel./Fax. 062011102
Cod. Istituto - RMIC8FC003
e-mail rmic8fc003@istruzione.it - posta certificata rmic8fc003@pec.istruzione.it

Al Medico Curante dell'alunno:

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Il _____ classe _____

OGGETTO: RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Ai sensi del D.M. 28/02/1983 art. 1 e del D.P.R. 270 e 272 del 28/07/2000 (G.U. del 2/10/2000), si richiede il rilascio gratuito del certificato di idoneità sportiva non agonistica per la partecipazione ad attività fisico-sportive organizzate dagli organi collegiali, nell'ambito delle attività extrascolastiche, nei Campionati Studenteschi e in tutte le manifestazioni sportive inserite nel PTOF.

**Il Dirigente Scolastico
prof.ssa VALERIA SENTILI**

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Regione Lazio

ASL Roma

.....

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ Il _____ classe _____

Residente a _____ via _____ n° _____

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data....., risulta essere in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche. Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

_____, ____/____/____

IL MEDICO