



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
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 e 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 Lucia MASTROPIERRO**

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Regione Lazio ASL Roma _____

CCognome e Nome _____

Nato a _____ il _____ classe _____

Residente a _____ in via/piazza _____ 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