



MINISTERO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE
Ufficio Scolastico Regionale per la Campania
Liceo Scientifico Statale "G. Salvemini"

80067 Sorrento (NA) Italy
Cod.fisc. 82010270633 – Cod. mecc. NAPS180008
Sede Centrale: via S. Antonio 2 - Tel.: 0818783470/0818771398 - Fax: 0815329274
Succursale: via Sersale 2 Tel.: 0818073323
Sito: www.salvemini.na.it E-mail: naps180008@istruzione.it

AL DIRIGENTE SCOLASTICO

...L/L... SOTTOSCRITT_ _____ NAT_ A _____ IL _____
RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

ISCRITTO/A PRESSO CODESTA SCUOLA ALLA CLASSE___ SEZ. ___, CHIEDE DI ESSERE AMMESSO/A A
PARTECIPARE ALLE ESERCITAZIONI DI AVVIAMENTO ALLA PRATICA SPORTIVA, EVENTUALMENTE
ATTIVATE DA CODESTA SCUOLA PER L'ANNO SCOLASTICO _____/_____.

ALL'UOPO SI ALLEGA CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITÀ FISICA ALLA PRATICA SPORTIVA
NON AGONISTICA.

DATA, _____

FIRMA DELL'ALUNNO _____

FIRMA DEL GENITORE

Da compilarsi da parte dell'alunno e firmato da un genitore.

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Il medico competente, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 24 aprile 2013, della Legge 9 agosto 2013, n. 98 e del Decreto del Ministero della Salute dell'8 agosto 2014, rilascia di un certificato di stato di buona salute per la pratica di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico all'alunno:

COGNOME _____ NOME _____

NAT_ A _____ IL _____

RESIDENTE A _____ VIA _____ N° _____

Il soggetto, sulla base della visita da me effettuata, risulta 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.

_____ LI _____

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

Da compilarsi a cura del medico di famiglia.