



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](http://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.*