

**RICHIESTA PER PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' SPORTIVA SCOLASTICA E PER
IL RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' MEDICA
ai sensi del D.M. 28/02/1983**

Al Sig. Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico "F. Sbordone"

Il/La sottoscritto/a _____, genitore dell'alunno/a _____, nato/a a _____ il _____ iscritto/a per il corrente anno scolastico 2016/2017 al Liceo Scientifico "F. SBORDONE" di Via Vecchia S. Rocco, 16 Napoli alla classe _____ sez. _____

CHIEDE

- che il/la proprio/a figlio/a venga ammesso/a a partecipare alle attività parascolastiche e complementari di avviamento alla pratica sportiva, promosse e organizzate dalla scuola.
- che sia compilata l'attestazione in calce riportata, onde poter sottoporre il/la proprio/a figlio/a a visita medica per il rilascio del prescritto certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica, di cui al D.M. SANTA' del 28/02/1983.

Data _____

Firma del Genitore _____

N.B. In caso di alunno maggiorenne la richiesta va sottoscritta dallo stesso

Denominazione Istituto: LICEO SCIENTIFICO "F. SBORDONE"
Indirizzo: Via Vecchia S. Rocco, 16
Comune: Napoli
Telefono: 0817413936 - Fax: 0817437721

Si attesta che questa Scuola ha deliberato, nell'ambito del proprio PTOF, l'attività parascolastica e complementare di avviamento alla pratica sportiva per la quale è stata presentata istanza di partecipazione per l'alunno/a in alto indicato

Il Dirigente Scolastico
Prof. ssa Maria Antonella Caggiano

**IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA
Ai sensi del D.M. 28/02/1983
(a cura del medico)**

_____ li, _____

Cognome _____ Nome _____, nato/a a _____

il _____ residente a _____.

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica delle attività sportive non agonistiche previste in ambito scolastico dal D.M. 28/02/1983.

Il presente certificato, ai sensi del vigente ACN e del D.M. 28/02/1983, è rilasciato gratuitamente per esclusivo uso scolastico.

In fede

Timbro e firma del medico

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio