



Il Dirigente Scolastico del **Liceo Scientifico "C. Cavour"**

Dichiara che lo studente/alunno

nato a il, svolgerà nell'anno scolastico attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai "Giochi Sportivi Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali, nell'ambito delle attività curriculari ed extracurriculari organizzate da questo organo scolastico e per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1 del D.M. 28.02.1983 — L.R. 15.12.1994, il rilascio di un certificato medico di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistica in ambito scolastico.

Il Dirigente Scolastico
PròfJisa Claudia
Sabatano 


**Da compilare a cara del medico curante.-
CERTIFICO CHE**

Cognome Nome

Nato a il

Residente a Via

Risulta essere di sana e robusta costituzione e può praticare attività sportiva non agonistica.

Data,

Firma e Timbro del Medico

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, su richiesta del Capo d'Istituto, per gli usi consenti dalla legge (D.M.28/02/83).

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

Autorizzo mio figlio della classe

a partecipare all'attività Sportiva Scolastica per l'anno scolastico

Roma... ..

Firma del Genitore