

INTESTAZIONE SCUOLA

Prot. _____

LUOGO, _____

Al Sig Medico curante
dello/a Studente/ssa _____
PROPRIA SEDE

Il sottoscritto _____ Dirigente Scolastico del _____
CHIEDE

alla S.V. il rilascio di un certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica allo/a
studente/ssa sopraccitat___

Il Dirigente Scolastico

Regione CAMPANIA A.S.L. _____

CERTIFICATO IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome _____ Nome _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____ in via _____ n. ____
n. iscrizione al S.S.N. _____

il soggetto sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data 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 alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

_____, lì _____

Timbro e firma

NB: Certificato gratuito - Codice esenzione ticket per ECG n.I01

Al Dirigente Scolastico
Del _____

I sottoscritt_ _____ residente a _____ via _____
genitore dell'alunn_ _____ iscritt_ alla classe ____ sez. ____
autorizza _I_ propri_ figli_ ad iscriversi al gruppo Sportivo a.s. 2021/22 e partecipare alle attività pomeridiane e alle varie Fasi dei Campionati Studenteschi.

Data _____

Firma del genitore