

<b>I.C. 1° Monte San Giovanni Campano</b>			Da presentare al medico di base o pediatra di libera scelta e riconsegnare al referente del progetto Prof. Folcarelli Sergio
Tel. <b>0775288628</b>	FRIC83300C@istruzione.it	www.montesangiovanniuno.edu.it	
<b>RILASCIO CERTIFICATO MEDICO ATTIVITÀ SPORTIVE NON AGONISTICHE – Alunni</b>			

Il sottoscritto, Dirigente Scolastico del 1° I. C. Monte San Giovanni Campano (FR), dichiara che l'alunno \_\_\_\_\_  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, frequentante nell'a.s. \_\_\_\_\_ la classe \_\_\_\_\_  
svolgerà attività di avviamento alla pratica sportiva presso il Centro Sportivo Scolastico e/o parteciperà ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti quelle nazionali,  
nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da questo Istituto.  
A tal fine si chiede al medico curante, 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, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data, \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Fabiana Celentano

---

**SI CERTIFICA CHE**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_, sulla base della visita medica  
da me effettuata e degli eventuali esami clinici ed accertamenti diagnostici eseguiti, è in stato di buona  
salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito  
scolastico.

Si rilascia gratuitamente, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consenti dalla legge.

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

Data, \_\_\_\_\_

*Firma e timbro del medico*

---