



Liceo scientifico e liceo scientifico OSA  
Scuola polo per la formazione ambito 08

RICHIESTA DI CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA  
AD USO SCOLASTICO

- Legge 9 agosto 2013 n.98 –conversione del Decreto legge 69/2013-

La sottoscritta prof.<sup>ssa</sup> Adriana Mincione, Dirigente scolastico del Liceo scientifico "E.Fermi" di Aversa, chiede il rilascio del certificato medico non agonistico per le attività sportive parascolastiche previste all'interno del PTOF ad esclusivo uso scolastico

per l'alunno/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

frequentante la classe \_\_\_\_ sez. \_\_\_\_ con indirizzo di studio  Scienze Applicate  Classe 2.0

Cambridge  Biomedico presso codesto Liceo scientifico (sede  Aversa  Parete) nell'a.s.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Il Dirigente scolastico  
Prof.<sup>ssa</sup> Adriana Mincione

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi  
dell'art. 3, c. 2 del Decreto Legislativo n. 39/1993*

**CERTIFICO CHE**

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_

in base alla visita medica da me effettuata, è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico per le attività sopra indicate ad eccezione della \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
(luogo, data)

Firma e timbro del medico

\_\_\_\_\_