RICHIESTA DI RILASCIO DEL CERTIFICATO DI IDONEITA’ ALLA PRATICA DI ATTIVITA’ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO

(D.M. 24704/2013 e successive modifiche)

La sottoscritta dott.ssa Ruggeri Annalisa nella sua qualità di Dirigente Scolastico dell’I.T.E.T “Cassandro-Fermi-Nervi” di Barletta

Chiede che l’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_frequentante la classe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, venga sottoposto/a al controllo sanitario per la pratica di attività sportive non agonistiche relative ai progetti inseriti nel PTOF d’Istituto.

Data………………………………..

Timbro Istituto Il Dirigente Scolastico

 ……………………………

 (Dott.ssa Ruggeri Annalisa)

**Certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistica**

**Il Soggetto, ………………………………….,** sullabase della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data

…………………………………………

FIRMA del medico Certificatore

…………………………………………………