

**RICHIESTA PER PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA SCOLASTICA E PER IL
RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITÀ MEDICA**

ai sensi del D.M. 28/02/1983

al sig. Dirigente Scolastico _____

Il/la sottoscritto/a _____ genitore dell'alunno/a _____
nato/a il _____ a _____ iscritto per il corrente a.s. _____
all'Istituto Polispecialistico San Paolo - Sorrento, frequentante la classe ____^a sez. ____ sede

chiede

- che il/la proprio/a figlio/a venga ammesso/a a partecipare alle attività parascolastiche e complementari di avviamento alla pratica sportiva, promosse e organizzate dalla scuola;
- che sia compilata l'eventuale attestazione della scuola, onde poter sottoporre il/la proprio/a figlio/a a visita medica per il rilascio del prescritto certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica, di cui al D.M. SANITÀ del 28/02/1983.

autorizza

- il/la proprio/a figlio/a a prendere parte a eventuali trasferte che dovessero essere effettuate nello svolgimento delle suddette attività
- la scuola a pubblicare eventuali foto e altri materiali, che dovessero riguardare il/la proprio/a figlio/a, relativi alle suddette attività

_____ Data _____

firma del genitore _____

N.B. -in caso di alunno maggiorenne la richiesta va sottoscritta dallo stesso

**IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA
Ai sensi del D.M. 28/02/1983**

..... li

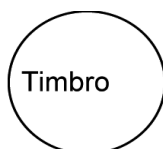
Cognome Nome

nato/a a il

residente a

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica delle attività sportive non agonistiche previste in ambito scolastico dal D.M. 28/02/83.

Il presente certificato, ai sensi del vigente ACN e del D.M. 28/02/83, e' rilasciato gratuitamente per esclusivo uso scolastico.



In fede

.....

Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio