

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 idoneità sportiva non agonistica è gratuito per l'attività sportiva scolastica. Esami clinici non sono gratuiti.

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. 2026/27 e partecipare alle
attività pomeridiane sportive scolastiche e alle varie Fasi dei Nuovi Giochi della Gioventù.

Data _____

Firma del genitore