



ISTITUTO D'ISTRUZIONE SUPERIORE " L. NOSTRO / L. REPACI "

Via Riviera, 10 (segreteria) - Via Mons. Bergamo (pal. Ranieri e Museo) - Via De Gasperi (L. Repaci) –
Via Zanotti Bianco (Pool 22) • Telefono: 0965 795349

RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

Ai sensi del decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 – allegato H

La sottoscritta Maristella Spezzano nella sua qualità di legale rappresentante del IIS "Nostro/Repaci" di Villa S. Giovanni chiede che l'alunno..... nato a..... il..... frequentante la classe..... sez..... indirizzo..... venga sottoposto al controllo sanitario per la pratica, nell'ambito scolastico, di attività sportive non agonistiche relative a :

- 1) attività fisico sportive, organizzate da questa Istituzione nell'ambito del Centro Sportivo Scolastico;
- 2) Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti la fase nazionale.



Il Dirigente Scolastico
Prof.ssa Maristella Spezzano

Certificato di idoneità alla pratica di attività sportiva di tipo non agonistico

Cognome e Nome _____

Nata/o a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n. _____

sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data _____, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

_____ li _____

Il medico certificatore
(timbro e firma)
