**al medico curante dell’alunn\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Oggetto: Certificato idoneità sportiva non agonistica (D.M. 28/02/1983)

Con la presente si richiede, per l’alunn\_\_ su indicat\_\_ a norma dell’art 44 dell’ACN della pediatria di libera scelta e dell’art 45 dell’ACN dei medici di Medicina Generale, il rilascio gratuito del certificato di idoneità sportiva non agonistica per la partecipazione aille seguenti attività sportive organizzate nell’ambito scolastico:

*attività para-scolastica inserita nel P.O.F. (Piano dell’offerta Formativa);*

***tipo di attività: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

*Giochi Sportivi Studenteschi fasi successive a quella di Istituto;*

*Giochi della Gioventù.*

*Villa San Giovanni,*

Il Dirigente Scolastico

*Prof.ssa Maristella Spezzano*

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***CERTIFICAZIONE DEL MEDICO***

Certifico che il paziente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nat\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_( \_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_e residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sulla base della visita da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività portive a livello non agonistico in ambito scolastico.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Il medico curante

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_