

	<p style="text-align: center;">LICEO SCIENTIFICO STATALE</p> <p style="text-align: center;">“John Fitzgerald Kennedy”</p> <p>✉ Via Nicola Fabrizi, 7 - 00153 Roma ☎ 06121127380 🌐 www.liceokennedy.it</p> <p>✉ rmips180007@istruzione.it ✉ rmips180007@pec.istruzione.it</p> <p>Cod. Min. RMPS180007 - Cod. Fiscale 80406230583 - Cod. Amm. UFSU00</p>	
---	---	---

LICEO SCIENTIFICO STATALE – “J. F. KENNEDY” – ROMA
 Prot. 0000122 del 15/01/2018
 04-02 (Uscita)

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO PER ATTIVITA’ SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO IN AMBITO SCOLASTICO - Ai sensi del decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 – allegato H

La sottoscritta **Lidia Cangemi Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico Statale “J.F. Kennedy” di Roma** nella sua qualità di rappresentante legale chiede che

l'alunno.....

nato a..... il.....

frequentante la classe..... sez..... 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
Lidia Cangemi

(Documento informatico firmato digitalmente. Sostituisce il documento cartaceo e la firma autografa)

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)
