

**RICHIESTA PER PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA' SPORTIVA SCOLASTICA E PER IL RILASCIO
DELLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' MEDICA**
ai sensi del D.M. 28/02/1983

Al Sig. Dirigente Scolastico

Io sottoscritto _____, genitore dell'alunno _____

_____ , nat. a _____ , il _____

iscritt. per il corrente a.s. _____ alla Scuola/Istituto _____

chiede

- che l propri figli venga ammessi a partecipare alle attività parascolastiche e complementari di avviamento alla pratica sportiva, promosse e organizzate dalla scuola;
- che sia compilata l'attestazione in calce riportata, onde poter sottoporre l propri figli a visita medica per il rilascio del prescritto certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica, di cui al D.M. SANITA' del 28/02/1983

Data _____

Firma del Genitore

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

Denominazione Scuola/Istituto _____	
Indirizzo _____	
Comune _____	Prov. _____
Telefono _____	Fax _____

Prot. _____

Data _____

Si attesta che questa Scuola ha deliberato, nell'ambito del proprio POF, l'attività parascolastica e complementare di avviamento alla pratica sportiva per la quale è stata presentata istanza di partecipazione per l'alunno _____

Timbro



IL DIRIGENTE SCOLASTICO
