



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**

**Istituto Comprensivo "Marcello MASTROIANNI "**

Via Orvieto, 45 00182 ROMA

06/7015931

fax 06/70393616

rmic825008 @istruzione.it

www.icmmastroianni.com

**Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo "M. Mastroianni" dichiara che l'alunno \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_**

**il \_\_\_\_\_ svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai Giochi Sportivi Studenteschi nelle fasi precedenti quelle nazionali, nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da codesto organo scolastico e per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1 D.M. 28/02/1983 – L.R. 15/12/1994, N. 94, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.**

**Data \_\_\_\_\_**

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO  
Prof.ssa Angela MAGLIO**

-----  
**CERTIFICO CHE**

**Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_**

**Nato a \_\_\_\_\_ Il \_\_\_\_\_**

**Residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_**

**In base alla visita medica da me effettuata è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni nella pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.**

*Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN. Su richiesta del capo di Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83).*

*Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.*

**Data \_\_\_\_\_**

**Firma del Medico e Timbro**  
\_\_\_\_\_