

SI CERTIFICA CHE L'ALUNNO

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 alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art. 29 dell'ACN, su richiesta del Capo d'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.

_____ , _____
