

Prot. _____

Salerno, _____

Al Sig. Medico curante

dello/a Studente/ssa _____

PROPRIA SEDE

La sottoscritta Mariarosaria Napoliello Dirigente Scolastico dell'I.C. Giovanni Paolo II di Salerno

CHIEDE

alla S.V. il rilascio di un certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica allo/a studente/ssa sopraccitat__

Il Dirigente Scolastico

Mariarosaria Napoliello

Firma autografa sostituita da indicazione a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3, c.2 D.L.vo n. 39/93

Regione CAMPANIA A.S.L. _____

CERTIFICATO IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome _____ Nome _____ nat__ a _____

il _____ residente a _____ in via _____ n. _____

n. iscrizione al S.S.N. _____

il soggetto sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

_____, lì _____

Timbro e firma

NB: Certificato idoneità sportiva non agonistica è gratuito per l'attività sportiva scolastica. Esami clinici non sono gratuiti.

**Al Dirigente Scolastico
dell'I.C. Giovanni Paolo II
SALERNO**

I sottoscritti _____

genitori dell'alunn_____ iscritt__ alla classe_____ sez.____

AUTORIZZANO _I_ propri__ figli__ ad iscriversi al gruppo Sportivo a.s. 2024/25, a partecipare alle attività pomeridiane e alle varie fasi delle Competizioni Sportive Scolastiche.

Data _____

Firma dei genitori