



LICEO GINNASIO STATALE
"CORNELIO TACITO"

00195 ROMA – Via G. Bruno, 4 – Tel. 0639733186 – Fax 0639737428
Distretto n. 25 – RMPC220009 – C. F. 80226930586 – rmlctacito@tin.it

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto dichiara che l' student _____

_____ nat_ 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 del D.M. 28/02/83 – 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 Giuliana Mori)

CERTIFICO CHE

Cognome _____ Nome _____

Nat_ 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 (DM28/02/83).

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