



Il Dirigente Scolastico dell'Istituto .....  
dichiara che lo studente/alunno ....., nato a  
..... il ....., svolgerà attività fisico-sportiva non  
agonistica e/o parteciperà ai "Campionati Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali nelle  
seguenti specialità: .....,  
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. 28.02.1983 – L.R. 15.12.1994, n.94* , dal  
*D.P.R 272/00 allegato H e dalla Nota del Ministero della Salute n. 4608 dell'11/09/2013, dalle Linee  
Guida dell'8 agosto 2014*, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività  
sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data, .....

---

*Firma del Capo d'Istituto e timbro*

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... il .....

Residente a ..... Via .....

Il soggetto , sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché  
del referto del tracciato dell'ECG eseguito in data....., non presenta controindicazioni in atto  
alla pratica di attività sportiva non agonistica.

*Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art.29 dell'ACN, su richiesta del Capo d'Istituto,  
per gli usi consenti 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.***

....., .....

---

*Firma e timbro del medico*