RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITÀ ALLA PRATICA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO

Istituto scolastico_____

Mail dell'Istituto scolastico_____

Telefono dell'Istituto scolastico_____

il Dirigente scolastico

(indicare il Dirigente dell'Istituto o la persona delegata che compila il form in sua vece):

Cognome_____ Nome_____

Codice fiscale_____

CHIEDE

una visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità alla pratica sportiva NON AGONISTICA, a norma del D.M. 28.2.83 e della L.R. 9.7.2003 n.35, per il proprio allievo:

Cognome……. Nome…….

Nato a…….. Il……

Residente a…….. Via…….n°…….

Codice Fiscale ……

Ammesso a partecipare

☐ ad attività fisico-sportiva in ambito parascolastico

☐ alle fasi locali dei Giochi Sportivi Studenteschi precedenti la fase nazionale

☐ ad attività fisico-sportive in ambito parascolastico e alle fasi finali dei Giochi Sportivi Studenteschi precedenti la fase nazionale

Data……. Timbro dell'Istituto Firma del Dirigente Scolastico o delegato