

CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' PER PRATICA SPORTIVA

ANNO SCOLASTICO _____

Il Dirigente Scolastico del Liceo "Isaac Newton"

Dichiara che l'alunno _____ nato a _____

il _____ classe _____ è stato selezionato per partecipare a:

- attività fisico-sportive parascolastiche svolte in orario extra curricolare finalizzate alla partecipazione a gare e campionati
- Campionati Studenteschi che si svolgeranno a _____ a partire dalla data _____

Per tale motivo chiede al medico curante, il rilascio di un certificato di idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico.

Data _____

Il Dirigente Scolastico
(Timbro e firma in originale)

SI CERTIFICA CHE

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

Nato ail.....

Residente aVia.....

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

Si rilascia gratuitamente, su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consentiti dalla legge

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

Data.....

IL MEDICO
(timbro e firma)