



MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio
Istituto Comprensivo di Lariano
Scuola dell'Infanzia - Primaria - Secondaria di I grado
Via Urbano IV n. 3 - 00076 Lariano (Rm)
XXXIX Distretto Scolastico - Ambito Territoriale 15
C.F. 95002200582 - Codice Meccanografico RMIC8BR004
Indirizzo P.E.O rmic8br004@istruzione.it Indirizzo Pec RMIC8BR004@PEC.ISTRUZIONE.IT
Presidenza 06/96490296- DSGA tel. 06/9655480 - Ufficio Didattica 06/96490056
Ufficio Personale tel. 06/96498742
Sito Internet: <http://www.comprensivolariano.it>



FONDI
STRUTTURALI
EUROPEI

pon
2014-2020



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Educazione per la Formazione
Educazione e Ricerca per l'Innovazione e la Qualità
Educazione, Ricerca e Innovazione per la Qualità
Educazione e Ricerca per la Qualità

Lariano, 30/10/2019

Cine. 000 48
Prov. 000 5852/31.10.19

Alle Famiglie
Agli Alunni
Scuola Secondaria I grado

Oggetto: attività di Educazione Fisica.

Si comunica che per permettere agli alunni della scuola secondaria di I grado di partecipare ad attività fisico-sportiva non agonistica a livello provinciale e regionale (quali Giochi della Gioventù, Tornei di Pallavolo, ecc..) sarà necessario produrre certificazione medica relativa allo stato di buona salute.
Si ringrazia per la collaborazione,



Il Dirigente Scolastico

F.to Prof.ssa Patrizia Fianchetti

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3 § 2 del D. Lgs. 39/93

Il Compilatore MM



MIUR - Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio

F.I.M.P.

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto
dichiara che lo studente/alunno, nato a
..... il, svolgerà attività fisico-sportiva non
agonistica e/o parteciperà ai "Giochi Sportivi 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, 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
F.to* *Prof.ssa Patrizia Fiaschetti*

*Firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3 § 2 del D. Lgs. 39/93

CERTIFICO CHE

Cognome Nome

Nato 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 per le specialità sopra indicate ad eccezione
della

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