



Istituto Comprensivo "P. Stomeo - G. Zimbalo"

Scuola Secondaria di 1° Grado - Primaria e dell'Infanzia

Via Siracusa, zona 167 B - 73100 **LECCE**

Dirigente scolastico: 0832/314083

0832/317902 – 0832/ 396002 0832/396002 –

✉leic882003@istruzione.it leic882003@pec.istruzione.it Cod. Mecc. LEIC882003 – Distretto Scolastico n° 36 - C.F. 93073750759

Lecce, 4/11/2019

- Ai Sigg. docenti
- Agli alunni interessati
- Ai genitori degli alunni
interessati

LORO SEDI

- Al Sito WEB

CIRCOLARE N. 63

OGGETTO: Attività sportiva "Volley" . Certificazione medica

Con la presente si comunica che gli alunni interessati al progetto " Volley S3" per l'anno scolastico in corso, sono tenuti a presentare un certificato medico di tipo non agonistico, in quanto l'attività non si inquadra nella semplice attività ludico-motoria.

I docenti delle classi interessate all'attività sportiva in oggetto, a tutela della salute degli alunni, avranno cura di raccogliere i certificati degli alunni che partecipano all'attività sportiva "Volley S3" e di conservarli con cura nei documenti della classe.

In allegato la richiesta del Dirigente scolastico da presentare al medico curante per il rilascio del certificato.

Il Dirigente Scolastico

(Prof.ssa Biagina Vergari)

*"Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art. 3 D. Lgs 39/93"*

INTESTAZIONE DELLA SCUOLA

Il sottoscritto, Dirigente Scolastico della Scuola/Istituto

.....
dichiara che l'alunno/a, nato/a a

..... il, svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà ai progetti sportivi proposti 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 e dal D.P.R 272/00 allegato H, 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

CERTIFICO CHE

Cognome Nome

Nato/a 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