



ISTITUTO COMPRENSIVO "G. MARCONI"

SCUOLA DELL'INFANZIA – PRIMARIA – SECONDARIA DI PRIMO GRADO

dei Comuni di Campiglia M.ma e Suvereto via Della Fiera 6/n 57021 - VENTURINA

Tel. 0565/851467 Fax 0565/857764 e-mail [liic81000c@istruzione.it](mailto:liic81000c@istruzione.it) ; [liic81000c@pec.istruzione.it](mailto:liic81000c@pec.istruzione.it) ;

[www.istituto-marconi.edu.it](http://www.istituto-marconi.edu.it)



Laboratorio del Sapere Scientifico "La TE sta BE n Fatta" Rete Scuole LSS

**MODULO PER LA RICHIESTA DI VISITA MEDICO-SPORTIVA PER L'IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA (D.M. 28/02/1983 – L.R. 35 / 2003 – Linee guida D.M.8/08/2014)**

La sottoscritta, Maria Elena Frongillo, DS dell'I.C. "G. Marconi" di Campiglia M.ma-Suvereto

**CHIEDE**

per il/la proprio/a allievo/a .....nato /a a.....(.....) il...../...../....., residente a.....(.....) indirizzo: .....N°....., iscritto /a alla Scuola .....plesso "....." CLASSE ..... SEZ..... per l'A.S. 2023-2024, ammesso/a a partecipare a:

- ❖ attività fisico-sportiva in ambito parascolastico;
- ❖ fasi locali dei Giochi Sportivi Studenteschi
- ❖ fasi locali dei Campionati Studenteschi

una visita medico-sportiva finalizzata al rilascio della certificazione di idoneità alla pratica sportiva NON AGONISTICA a norma del D.M. 28/02/1983, della L.R. 35/2003 e del D.M. 08/08/2014.

Il Dirigente Scolastico

Maria Elena Frongillo

(Firma autografa omessa ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, c2, D.Lgs.n.39/1993)

**REGIONE TOSCANA**

**A.S.L.n.....**

**CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE**

L'alunno /a .....nato /a a.....(.....) il...../...../....., residente a.....(.....) indirizzo: .....N°....., N° iscrizione al S.S.N.....

sulla base della visita medica da me effettuata risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data.....

IL MEDICO CURANTE

.....