



Sede centrale - Presidenza e Segreteria: Via Consolare Antica snc 98071 Capo d'Orlando (ME)
Codice Fiscale 95029310836 - Codice Meccanografico MEPS2200OL - Tel. 0941/902103
Email: meps220001@istruzione.it - PEC: meps220001@pec.istruzione.it - Sito Web: www.liceoluciopiccolo.edu.it
Plesso Via Torrente Forno, 69 - Capo d'Orlando (ME)

ANNO SCOLASTICO 2019/20

Il Dirigente Scolastico del LICEO LUCIO PICCOLO di Capo d'Orlando dichiara che l'alunno/a

_____ nato/a _____ il _____
classe _____ sez. _____ indirizzo _____

è stato/a selezionato/a per partecipare a:

- ✓ ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI
- ✓ NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' PARASCOLASTICHE;
- ✓ GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI - FASI PROVINCIALI E REGIONALI;
- ✓ MANIFESTAZIONI SPORTIVE INSERITE NEL P. O. F.

Al fine di consentire detta pratica sportiva si ha la necessità di acquisire la certificazione medica attestante il suo stato di buona salute. Si chiede, pertanto, che l'alunno venga sottoposto a visita medica gratuita, che, ai sensi del D.M. 28/02/1983 — art. 2 — 1° comma e D.P.R. 270 e 272 del 28/07/2000 (G:U: del 2/10/2000) deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.

Capo d'Orlando, _____

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Margherita GIARDINA

SI CERTIFICA CHE

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ residente a _____

Il soggetto, 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 ed è valido esclusivamente per il solo uso scolastico (D.M. 28/02/1983 e D.P.R. 270 e 272 del 28/07/2000 (G:U: del 2/10/2000))

..... li,

Il Medico
(timbro e firma)