

Prot. 352 del 19/01/2024

LUOGO, CAPUA

Al Sig. Medico curante dello/a Studente/ssa _____

Il sottoscritto **Prof. Enrico Carafa** Dirigente Scolastico del Liceo Pizzi di Capua

CHIEDE

alla S.V. il rilascio di un certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica allo/a
studente/ssa sopraccitat_____



Il Dirigente Scolastico

[Handwritten signature]

Regione CAMPANIA A.S.L. _____

CERTIFICATO IDONEITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Cognome _____ Nome _____ nat_ a _____
il _____ residente a _____ in via _____ n. _____
n. iscrizione al S.S.N. _____

il soggetto sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati,
nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data 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 alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per
uso scolastico.

_____, li _____

Timbro e firma

NB: Certificato idoneità sportiva non agonistica è gratuito per l'attività sportiva scolastica. Esami clinici non sono gratuiti.

Al Dirigente Scolastico

Del _____

Il sottoscritt _____ residente a _____ via _____

genitore dell'alunn _____ iscritt_ alla classe ___ sez. ___
autorizza _I_ propri_ figli_ ad iscriversi al gruppo Sportivo a.s. 2023/24 e partecipare alle
attività pomeridiane e alle varie Fasi dei Campionati Studenteschi.

Data _____

Firma del genitore