

**Istituto Comprensivo via Suor Celestina Donati**

Scuola Primaria e Secondaria di I Grado

Via Suor Celestina Donati, 110

CM: RMIC8GV009 - CF: 97714110588 - Telefono: 063012306 - fax: 0635059504 Mail:  
[rmic8gv009@istruzione.it](mailto:rmic8gv009@istruzione.it) PEC: [rmic8gv009@pec.istruzione.it](mailto:rmic8gv009@pec.istruzione.it)

Al medico di base dell'alunno \_\_\_\_\_

**Oggetto: Certificato di idoneità sportiva non agonistica**

Con la presente si richiede per lo studente \_\_\_\_\_,  
nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, residente a  
\_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
iscritto presso questo Istituto Comprensivo Statale e frequentante la classe \_\_\_\_\_,  
il rilascio del certificato di idoneità sportiva non agonistica ai fini della partecipazione  
dell'alunno alle attività organizzate in ambito scolastico.

**Il Dirigente Scolastico***Prof.ssa Lia Gentile**(riservato al medico curante)*

## CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

n. iscrizione al SSN \_\_\_\_\_

Il soggetto sopra descritto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in 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.

Data \_\_\_\_\_

Il Medico (timbro e firma)