



MIUR – UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER LA CALABRIA
Ambito Territoriale di Vibo Valentia N. 2 Rete di Ambito VV 013

Istituto Comprensivo Statale “A. Vespucci”

Via Stazione snc, 89900 Vibo Valentia Marina Tel. 0963/572073

Cod.mecc.: VVIC82600R – C.F.: 96013890791

Codice univoco UFE: UFBK1N - Codice IPA: istsc_vvic82600R

E-mail: vvic82600r@istruzione.it - Pec: vvic82600r@pec.istruzione.it

Sito Web: <http://www.icsamerigovespuccivibo.edu.it>



ANNO SCOLASTICO 2022/2023

Il Dirigente Scolastico della Scuola ISTITUTO COMPrensIVO “A. VESPUCCI” – VIBO MARINA

Dichiara che l'alunno _____ nato a _____

il _____ classe _____ è stato selezionato per partecipare a:

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

Al fine di consentirgli 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.

Timbro della Scuola
(in originale)

Il Dirigente Scolastico

firma in originale

SI CERTIFICA CHE

Cognome _____ Nome _____

nato a _____ il _____

residente a _____ CF _____

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

..... lì,

Il Medico
(timbro e firma)