



➤ Ai sig.ri Medici dell'ASL di Milazzo

OGGETTO: RICHIESTA DI CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA AD USO SCOLASTICO

La sottoscritta Palma Rosa Legrottaglie, dirigente scolastico dell'Istituto IC Secondo Milazzo

CHIEDE

il rilascio del certificato medico di idoneità per attività sportiva non agonistica, a titolo gratuito (ai sensi del D.M. 69 del 24/04/2013 e successive modifiche ed integrazioni), per attività sportiva prevista all'interno del PTOF (Piano triennale dell'offerta formativa) ad esclusivo uso scolastico

per l'alunno/a _____ nato/a _____ il ___/___/___

residente a _____ via _____

frequentante la classe _____

- A. L'alunno/a prenderà parte ad attività parascolastiche organizzate in orario extracurriculare, con partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate a partecipazione a gare o campionati
- B. L'alunno/a prenderà parte ad attività parascolastiche organizzate in orario extracurriculare finalizzate alla partecipazione ai Campionati Studenteschi nelle fasi precedenti la fase nazionale
- C. L'alunno/a parteciperà a manifestazioni sportive organizzate da altri enti e previste all'interno del PTOF.

La Dirigente Scolastica
Dott. ssa Palma Rosa Legrottaglie
Firma autografa omessa ai sensi
dell'art. 3 del D. Lgs. n. 39/1993