



**ISTITUTO TECNICO COMMERCIALE
PARITARIO**

“ANTONIO GRAMSCI”

Piazza A.Gramsci, 15 – 00041 Albano Laz. (RM) – Tel./Fax 06.9307310
Distretto Scolastico 42° - Cod.Ist.: RMTD00500C

COMUNICAZIONE N° 23

Albano L., 25 ottobre 2006

Alle Famiglie
tramite gli alunni

**Il Coordinatore delle Attività Didattiche dell'I.T.C.P. Gramsci di Albano Laziale, dichiara
che l'alunno.....**

nato a..... il..... svolgerà attività fisico sportiva non agonistica nell'ambito delle ore scolastiche previste dal POF di Istituto e per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art. 1 del D.M. 28.02.1983 - L.R. 15.12.1994, n.94, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Albano Laziale,.....

**Il Coord.delle Att. Didattiche
(Prof.ssa Ciracò Luciana Severina)**

CERTIFICO CHE

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ e residente a _____

Via _____ in base alla visita medica da me effettuata risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell'art.29 dell'ACN, su richiesta del Coord. delle Att. Didattiche, per gli usi consentiti dalla legge (DM 28/02/1983).

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e per il solo uso scolastico.

Data _____

firma e timbro del medico