Istituto Scolastico Comprensivo
CUPRA MARITTIMA e RIPATRANSONE (AP)
Scuola dell'infanzia, primaria e secondaria 1° grado
Comuni: Cossignano – Cupra Marittima – Massignano – Montefiore dell'Aso - Ripatransone
C.F. 82005290448 – Tel. 0735/9234 e Fax 0735/99112 - cod. Min. APIC804003
e mail: *apic804003@istruzione.it* ***- Pec:*** *apic804003@pec.istruzione.it* ***– Sito web:*** *www.iccupra-ripatransone.gov.it/*

MODELLO H

Al medico di base dell'alunno_____

Oggetto: certificato idoneità sportiva non agonistica DMS 28/02/1983 – DPR 26/07/1996 – DPR 21/10/1996 n. 613

Con la presente si richiede a norma degli artt. 31 comma 2 punto e (DPR 484/96) e 31 comma 2 punto h (DPR 613/96), per lo studente _____,nato il _____ a _____, della classe _____ sez _____ il rilascio gratuito del certificato di idoneità sportiva non agonistica per la partecipazione alle attività organizzate nell'ambito scolastico.

La Dirigente Scolastica
Gaia Gentili
Firmato digitalmente da
GNTGAI64P43H769L

Data _____

(riservato al medico curante)

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome _____- Nome _____

Residente a _____ n. iscrizione al SSN _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in buona salute e non presenta controindicazione in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data _____ Il Medico