

Al Sig Medico curante

dello/a Studente/ssa \_\_\_\_\_

PROPRIA SEDE

I sottoscritti \_\_\_\_\_ genitori

dell'alunno/a \_\_\_\_\_ frequentante la classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

CHIEDONO

alla S.V. il rilascio di un certificato di idoneità all'attività sportiva non agonistica allo/a studente/ssa sopracitat\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
firma dei genitori

-----  
Regione CAMPANIA A.S.L. \_\_\_\_\_

CERTIFICATO IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

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

a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ n. iscrizione al S.S.N. \_\_\_\_\_

il soggetto sulla base della visita da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonché del referto del tracciato ECG eseguito in data ..... 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 alla data del rilascio e può essere utilizzato solo per uso scolastico.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_

Timbro e firma

**NB: Certificato gratuito - Codice esenzione ticket per ECG n.I01**

\_l\_sottoscritt\_\_\_\_\_

residenti a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

genitori dell'alunn\_\_\_\_\_ iscritt\_\_\_\_\_ alla classe \_\_\_\_\_ sez. \_\_\_\_\_

autorizza \_l\_ propri\_\_\_\_\_ figli\_\_\_\_\_ ad iscriversi al gruppo Sportivo a.s. 2021/22 e partecipare alle attività pomeridiane e alle varie Fasi dei Campionati Studenteschi e consegna il previsto certificato di idoneità rilasciato dal medico curante.

Data\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma dei genitori