

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