

Allegato E



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

MODULO DI RICHIESTA DEL CERTIFICATO MEDICO GRATUITO IN AMBITO SCOLASTICO

SCUOLA/ISTITUTO:

Ai sensi del decreto 24 aprile 2012 e s.m.i. e ACN 29 luglio 2009 – allegato H

Il sottoscritto nella sua qualità di legale
rappresentante della Scuola/Istituto.....
chiede che l'alunno.....
nato il..... frequentante la classe.....
venga sottoposto al controllo sanitario di cui ai citati D.M. e D.P.R. per la pratica, nell'ambito scolastico, di
attività sportive non agonistiche relative a :

- 1) ☐ **ATTIVITA' PARASCOLASTICHE:** intese come attività fisico sportive inserite nel P.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati, competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIUR. o da Enti pubblici e privati e organizzate nell'ambito dei Centri Sportivi Scolastici.
- 2) ☐ **CAMPIONATI SPORTIVI STUDENTESCHI:** nelle fasi successive alle selezioni di Istituto (fasi provinciali e regionali)

(barrare la casella che interessa)

Data.....

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
(timbro e firma autografa)

.....