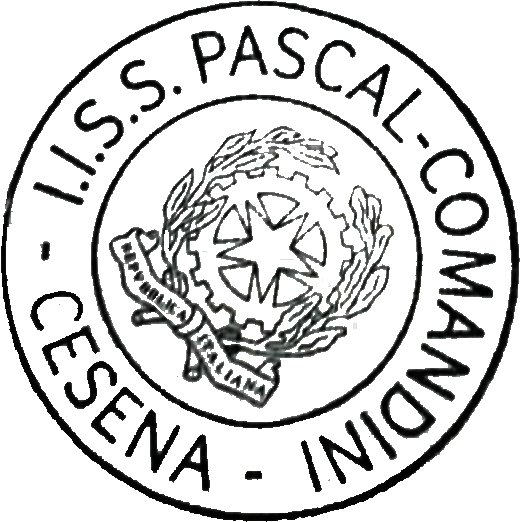
**I.I.S.S.   
Pascal/Comandini**



P.le Macrelli, 100 - 47521 Cesena   
Tel. +39 054722792

Cod.fisc. 90076540401 Cod.Mecc. FOIS01100L  
[fois01100l@istruzione.it](mailto:fois01100l@istruzione.it)  [fois01100l @pec.istruzione.it](mailto:FOIS01100L@pec.istruzione.it)

Il Dirigente Scolastico dell’Istituto “Pascal Comandini” dichiara che l’alunno/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nato/a a \_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai “Campionati Studenteschi” (Giochi Sportivi Studenteschi) nelle fasi precedenti quelle nazionali nelle seguenti specialità\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nell’ambito di attività parascolastiche organizzate da codesto organo scolastico e per tale motivo richiede al medico curante, secondo quanto previsto dall’art. 1 del D.M. 28.02.1983 - L.R. 15.12.1994, n. 94 e dal D.P.R. 272/00 allegato H, il rilascio di un certificato di state buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

Prof. Francesco Postiglione

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si certifica che:

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

Nato/a il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(\_\_\_)

Residente a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_) in via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_n.\_\_\_\_

In base alla visita medica da me effettuata è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico per le specialità sopra indicate ad eccezione della \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Si rilascia gratuitamente, ai sensi dell’art. 29 dell’ ACN, su richiesta del Capo di Istituto, per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/83).*

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

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma e timbro del Medico