

<p>DOCUMENTO DI REGISTRAZIONE</p> <p><b>RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO DI STATO PER BUONA SALUTE</b></p>	   	<p>Codice del documento: <b>DR.10 PR.4.5.4</b></p> <p>Data di emissione: 18.02.09</p> <p>N° di revisione: <b>00</b></p> <p><b>Pagina 1 di 1</b></p>
--	---	---

## RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO DI STATO PER BUONA SALUTE

Prot. \_\_\_\_\_

Palermo, li \_\_\_\_\_

Al dott. \_\_\_\_\_

Oggetto: Richiesta certificato di stato di buona salute

Si richiede, ai sensi del D.M. 28/02/83 del Ministero della Sanità, il rilascio gratuito del certificato di idoneità alla pratica di attività sportive non agonistiche per l'alunn\_\_\_\_\_ nat\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_. Si dichiara che l'alunn\_\_\_\_\_ suddett\_\_\_\_\_ frequenzza regolarmente la classe\_\_\_\_\_ sezione\_\_\_\_\_ Plesso \_\_\_\_\_ e dovrà partecipare ad attività sportive organizzate da questa scuola.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO

\_\_\_\_\_