

Istituto Comprensivo Perugia 11 «G.PASCOLI»

REGIONE dell'UMBRIA

ASL _____ Distretto _____

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE DI:

cognome	Nome
nato/a a	Il
residente a	Via
n. iscrizione al S.S.N.	
Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, 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 dalla data del rilascio.	

Data..... Timbro e firma del medico

(il presente stampato è stato redatto in conformità all'allegato n. 1 del DMS 20.02.83 <<Norme per la tutela dell'attività sportiva non agonistica>>)



DIRIGENTE SCOLASTICO
Prof.ssa Francesca Volpi

F. V.