Liceo Artistico Boccioni

Piazzale Arduino, 4. 20149 MilanoTel. +39 02 480 192 49 Fax +39 02 480 006 80 C.F. 97033710159 Cod.Mecc. MISL03000N Cod. Univoco Fatturazione Elettronica: UFJIBR PEC – MISL03000N@pec.istruzione.it Mail:MISL03000N@istruzione.itwww.liceoartisticoboccioni.edu.it

ANNO SCOLASTICO 2023 /24

Il Dirigente Scolastico del Liceo Artistico Boccioni

DICHIARA

che l'alunno/a _____ nato/a a _____

il _____ classe _____ è stato selezionato per partecipare a:

- ATTIVITA' FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' PARASCOLASTICHE;
- GIOCHI SPORTIVI STUDENTESCHI – FASI PROVINCIALI E REGIONALI;
- MANIFESTAZIONI SPORTIVE INSERITE NEL P.T.O.F.

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si ha la necessità di acquisire la certificazione medica attestante il suo stato di buona salute. Si chiede pertanto che l'alunno/a venga sottoposto a visita medica gratuita, che ai sensi del D.M. 28/02/1983 – art. 2 – 1° comma e D.P.R. 270 e 272 del 28/07/2000 (G.U. del 02/10/2000) deve avvenire preventivamente alla pratica di detta attività.

Il **Dirigente Scolastico**

Stefania Caterina Giacalone

✂ ----------

SI CERTIFICA CHE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____ C.F. _____

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 ed è valido esclusivamente per il solo uso scolastico.

_____, _____

Luogo data

Il Medico (Timbro e firma)