Modello A

RICHIESTA PER PARTECIPAZIONE ALL'ATTIVITA SPORTIVA SCOLASTICA E PER IL  
RILASCIO DELLA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA MEDICA

(ai sensi del D.M. 24/04/2013)

Al DIRIGENTE SCOLASTICO-Sede

Io sottoscritto/a\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, genitore dell’alunn\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   
  
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nat\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,   
  
iscritt\_ per il corrente a.s. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ alla scuola\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
  
classe/ sez. \_\_\_\_\_\_   
  
 CHIEDE

 che \_l\_ propri\_ figli\_ venga ammess\_ a partecipare alle attività parascolastiche e complementari di avviamento alla pratica sportiva, promosse e organizzate dalla scuola;

 che venga rilasciata la richiesta di visita medica per il rilascio del prescritto certificato di   
 idoneità alla pratica sportiva non agonistica, di cui al D.M. 24/04/2013 (Ministero della  
 Salute)

Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma

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