



# MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO

UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO

ISTITUTO COMPRESIVO VIA VOLSINIO

Via Volsinio 23/25 – 00199 ROMA ☎ 06 94528968/86382063 – fax 06 86321078

Via S.M. Goretti, 43 – 00199 ROMA - ☎/fax 06 86204218

Codice fiscale: 97714780588

E-mail: [rmic8d900r@istruzione.it](mailto:rmic8d900r@istruzione.it) Posta elettronica certificata: [rmic8d900r@pec.istruzione.it](mailto:rmic8d900r@pec.istruzione.it)

Sito web: [www.istitutoviavolsinio.it](http://www.istitutoviavolsinio.it)

## CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO (L. 125 del 30/10/2013 – L. R. 35/2003)

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo Via Volsinio

dichiara che lo studente/alunno ....., nato a ..... il  
....., svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e/o parteciperà ai "Giochi Sportivi  
Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali nelle seguenti specialità:  
....., nell'ambito di attività parascolastiche organizzate da  
questo istituto scolastico e per tale motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dalla vigente  
normativa, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non  
agonistiche in ambito scolastico.

Data, .....

F.to Il Dirigente Scolastico

---

*CERTIFICO CHE l'alunno*

Cognome ..... Nome .....

Nato a ..... il ..... Residente a ..... Via .....

risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non  
agonistiche purché esse vengano iniziate in modo graduale, sotto la sorveglianza di personale qualificato.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio, salvo la comparsa di eventuali eventi morbosi  
e/o traumatici

Roma, .....

---

*Firma e timbro del medico*