

FUTURA**LA SCUOLA
PER L'ITALIA DI DOMANI**Finanziato
dell'Unione europea
Macillemmellorri**Italiadomani**
Ministero dell'Istruzione e del Merito*Ministero dell'Istruzione e del Merito***UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO
Istituto Comprensivo "Arturo Toscanini"**

Via Amburgo, 5 - 04011 Aprilia tel 0692731641 - Cod.fisc. 91017040592 - Cod.mecc. LTIC84400E

LTIC84400E@PEC.ISTRUZIONE.IT [LTIC84400E@ISTRUZIONE.IT](http://www.ictoscaniniaprilia.edu.it) sitoweb:www.ictoscaniniaprilia.edu.it**CERTIFICAZIONE PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA IN AMBITO SCOLASTICO
(L.125/30.10.2015 – L.R. 35/2003)**

La scuola I.C. "Arturo Toscanini" di Aprilia

CHIEDE

Il rilascio del certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica per la partecipazione ad attività sportive ludico-motorie organizzate da Enti pubblici o privati, nell'ambito di quanto programmato nel P.T.O.F. (Piano Triennale dell'Offerta Formativa), per il proprio allievo/a _____ Nato/a a: _____

il ___/___/_____ e frequentante la classe _____ sez. _____ della Scuola

Infanzia "Via Amburgo" Infanzia "Elsa Morante" Infanzia "Leonardo da Vinci"

Primaria "Via Amburgo" Primaria "Elsa Morante" Secondaria I Grado "A.Toscanini"

Per la pratica delle attività di

 mini volley easy basket pallamano propedeutica motoria

Data _____

Timbro

IL DIRIGENTE SCOLASTICO**Prof.ssa Rosalia Marino**

(Firma autografa sostituisce a mezzo stampa ai sensi e per gli effetti art.3 c. 2 D.lgs.39/93)

Certifico che l'alunno/a _____ risulta in 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.

Data, _____

Timbro e Firma del Medico Curante