



MINISTERO DELL' ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA  
UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO  
Istituto Comprensivo "VIA DELLE CARINE"  
Via Delle Carine, 2 - 00184 Roma – Tel06/4743873 Fax 06/47886868  
<http://www.istitutoviadellecarine.gov.it> - email [rmic8d6009@istruzione.it](mailto:rmic8d6009@istruzione.it) -  
PEC [rmic8d6009@pec.istruzione.it](mailto:rmic8d6009@pec.istruzione.it)

Federazione Italiana Medici e Pediatri  
F.I.M.P. DI ROMA E PROVINCIA

Il Dirigente Scolastico dell'Istituto Comprensivo *Via delle Carine* di Roma dichiara che  
lo/la studente/studentessa alunno/a .....  
nato/a a .....  
il ....., nel corso dell'a.s.2021/2022, svolgerà attività fisico-sportiva  
partecipando alle manifestazioni esterne alla scuola : *Mille di Miguel, Più veloci di Roma*, corsi  
intensivi di Orienteering e *Giochi Sportivi Studenteschi* nelle fasi precedenti quelle nazionali. Le  
suddette attività parascolastiche sono organizzate da codesto organo scolastico e per tale  
motivo chiede al medico curante, secondo quanto previsto dall'art 1 del DM 28.02.1983 – L.R.  
15.12.1994, n.94, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali  
attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Dirigente Scolastico  
*dott.Andrea CARONI*

Data, .....

**CERTIFICO CHE**

Cognome .....

Nome .....

Nato/a a .....

Residente a ..... in Via/Piazza .....

**In base alla visita medica da me effettuata è in stato di buona salute e non presenta controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica in ambito scolastico.**

**Si rilascia gratuitamente** ai sensi dell'art 29 dell'ACN su richiesta del Capo di Istituto per gli usi consentiti dalla legge (D.M. 28/02/1983).

Il presente certificato ha **validità annuale** dalla data del rilascio ed è valido esclusivamente in copia originale e **per il solo uso scolastico**.

Data, .....

.....

firma e timbro del medico