

ISTITUTO COMPRENSIVO "L. CAPUANA"

VIA DEGLI STUDI, 2 - TEL. 090/9703217- 090/9798045

- FAX 090/9798058 C.F. 83001450838 – e-mail:

meic88100r@istruzione.it – pec: meic88100r@pec.istruzione.it

www.scuolacapuana.edu.it 98051 Barcellona P.G.

Gentile Dott. _____

Oggetto: Richiesta certificazione medica idoneità sportiva non agonistica.

L'Istituto Comprensivo Capuana Barcellona P.G. chiede alla S.V. il rilascio, a titolo gratuito (ai sensi del D.M. 24/04/2013 e successive modifiche ed integrazioni), di un certificato medico di idoneità sportiva non agonistica per l'alunn _____ di anni _____ frequentante la classe _____ del plesso _____, dovendo l'alunn _____ partecipare ad attività fisico-sportive scolastiche.

Cordiali Saluti

Barcellona P.G., lì _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Carmela Pino

ISTITUTO COMPRENSIVO "L. CAPUANA"

VIA DEGLI STUDI, 2 - TEL. 090/9703217- 090/9798045

- FAX 090/9798058 C.F. 83001450838 – e-mail:

meic88100r@istruzione.it – pec: meic88100r@pec.istruzione.it

www.scuolacapuana.edu.it 98051 Barcellona P.G.

Gentile Dott. _____

Oggetto: Richiesta certificazione medica idoneità sportiva non agonistica.

L'Istituto Comprensivo Capuana Barcellona P.G. chiede alla S.V. il rilascio, a titolo gratuito (ai sensi del D.M. 24/04/2013 e successive modifiche ed integrazioni), di un certificato medico di idoneità sportiva non agonistica per l'alunn _____ di anni _____ frequentante la classe _____ del plesso _____, dovendo l'alunn _____ partecipare ad attività fisico-sportive scolastiche.

Cordiali Saluti

Barcellona P.G., lì _____

Il Dirigente Scolastico
Dott.ssa Carmela Pino