

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome **Nome**

Nato a **il**

Residente a **Via**

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta 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, per gli usi consenti dalla legge (D.M.28/02/83).

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

Napoli,.....

Firma e timbro del medico