

# CERTIFICAZIONE MEDICA PER ATTIVITA’ SPORTIVA SCOLASTICA

**(MODULO CONFORMITA’ DELLA FOTOCOPIA DEL CERTIFICATO ALL’ORIGINALE)**

Io sottoscritto Sig.ra / Sig. ,

genitore dell’alunno / a ……………………………………………………………………………

nato / a a …………………………………………… il ………………………………………..

e residente a …………………………………………………………………………………………

frequentante la classe……………………………………..

# DICHIARO

che la fotocopia del CERTIFICATO DI IDONEITA’ ALLA PRATICA SPORTIVA

(segnare con una croce) di tipo:

* AGONISTICO
* NON AGONISTICO

DATA DI RILASCIO del certificato ………………………..

DATA DI SCADENZA del certificato ………………………

*(se non indicata, è il giorno precedente alla data di rilascio dell’anno successivo)*

# E’ CONFORME ALL’ORIGINALE in mio possesso.

*Dichiaro inoltre di essere a conoscenza che - essendo la certificazione medica un documento ufficiale - nel caso di false dichiarazioni o manomissione della stessa, potrò essere perseguibile nelle opportune sedi.*

*DATA ………………………………*

Firma del genitore

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_