



Ministero dell'Istruzione e del Merito



Istituto Comprensivo Statale "A. Diaz"

Via Giovanni XXIII, 8 - 20821 Meda (MB)

Infanzia Polo: MBAA85901L - Primaria Polo: MBEE85901T

Primaria A. Diaz: MBEE85902V - Secondaria di 1° grado A. Frank: MBMM85901R



Tel. 036270960 - 70411 - Fax 0362333962

PEO: MBIC85900Q@istruzione.it - PEC: MBIC85900Q@pec.istruzione.it

Sito web: <https://icdiazmeda.edu.it/>

CUU: UFMVVJ - CF: 91074020156 - CM: MBIC85900Q



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
