



**MINISTERO DELL'ISTRUZIONE, DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA**  
**UFFICIO SCOLASTICO REGIONALE PER IL LAZIO**  
**ISTITUTO COMPRENSIVO "DANTE ALIGHIERI"**  
Via Cassiodoro, 2/A - - Tel. Fax - 06.68.78.011  
00193 Roma - D.S. XXV - Cod. mecc. RMIC84500D - C.F. 97200570584  
**e-mail:rmic84500d@istruzione.it**

Alle famiglie degli alunni  
Al medico di famiglia

La scuola Istituto Comprensivo "Dante Alighieri" di Roma richiede un certificato medico gratuito secondo quanto previsto *dall'art. 1 del D.M. 28.02.1983 – L.R. 15.12.1994, n. 94*, che attesti l'idoneità alla pratica sportiva di tipo non agonistico ai fini delle attività sportive proposte dall'Istituto.

Roma,.....

*Il Dirigente Scolastico*  
*Prof.ssa Giovanna D'Arco*

**SI CERTIFICA**

che l'alunno .....

nato a .....il.....

residente a .....via.....

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 d'Istituto, per gli usi consentiti 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.*

Roma.....

*Firma e timbro del medico*