

**Richiesta di visita di Medicina dello Sport per idoneità per attività  
parascolastica extracurricolare**

DM 8 Agosto 2014 – DM 18 Febbraio 1982

Per lo Studente \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Il Dirigente scolastico \_\_\_\_\_ dell'Istituto \_\_\_\_\_

Circolo didattico \_\_\_\_\_

**CHIEDE:**

la VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA

**NON AGONISTICA** PER ATTIVITA' PARASCOLASTICA EXTRACURRICULARE

**AGONISTICA** "PER I PARTECIPANTI ALLE FASI NAZIONALI DEI GIOCHI  
STUDENTESCHI" PER LA DISCIPLINA SPORTIVA \_\_\_\_\_

Luogo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Firma del Dirigente Scolastico)