



# Liceo Classico Statale Giulio Cesare

Corso Trieste 48 - 00198 Roma · Tel. 06.841.63.53 · fax 06.853.55.339 · e-mail [info@liceogiuliocesare.it](mailto:info@liceogiuliocesare.it)

Al medico di base  
dell'alunno .....

**Oggetto:** certificato idoneità sportiva non agonistica DMS 28/02/1983 – DPR 26/07/1996 – DPR 21/10/1996 n. 613

Con la presente si richiede a norma degli artt. 31 comma 2 punto e (DPR 484/96) e 31 comma 2 punto h (DPR 613/96), per lo studente ..... nato a ..... il....., residente in via.....a..... iscritto presso questo istituto scolastico e frequentante la classe.....il rilascio gratuito del certificato di idoneità sportiva non agonistica per la partecipazione alle attività organizzate nell'ambito scolastico.

Data .....

Il Dirigente Scolastico

---

*(riservato al medico curante)*

## CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Cognome ..... nome .....  
residente a ..... n. iscrizione al SSN .....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data .....

Il Medico