



Il Dirigente Scolastico dell'Istituto **LICEO LINGUISTICO STATALE DI CESENA** dichiara che lo studente/alunno ....., nato a ..... il ...../...../....., svolgerà attività fisico-sportiva gestito dai docenti di Scienze Motorie del Liceo Linguistico Statale "Ilaria Alpi" di Cesena, il rilascio di un certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive non agonistiche in ambito scolastico.

Data ...../...../20.....

**IL DIRIGENTE SCOLASTICO**  
*Prof. Francesco Postiglione*

---

**CERTIFICO CHE**

Cognome ..... Nome .....

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 per le specialità sopra indicate ad eccezione della .....

*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.*

....., ...../...../20.....

---

*Firma e timbro del medico*