



Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca  
**Liceo Classico "Pietro Giannone"**

**Liceo Classico - Liceo Classico della Comunicazione - Liceo Scientifico**  
 Corso Giannone, 96 - 81100 Caserta  
 C.F. 93093630619 - tel. 0823/325087- fax 0823/1876787 - C.M.: CEPC110001  
 sezione associata: Liceo Scientifico e Liceo Scienze Applicate ad indirizzo Biomedico -  
 via Umberto I - Caiazzo - telefono 0823/868311



e-mail: [cepc110001@istruzione.it](mailto:cepc110001@istruzione.it) - [cepc110001@pec.istruzione.it](mailto:cepc110001@pec.istruzione.it) sito web: [www.liceogiannonecaserta.gov.it](http://www.liceogiannonecaserta.gov.it)

Il Dirigente Scolastico di questo Istituto dichiara che l'alunn \_\_\_\_\_  
 nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ svolgerà attività fisico-sportiva e  
 potrà partecipare ai " Campionati Studenteschi" nelle fasi precedenti quelle nazionali, nell\_ seguent\_  
 specialità \_\_\_\_\_, per l'avviamento alla pratica sportiva di  
**attività extracurricolari** organizzate da questa scuola e per tale motivo chiede, ai sensi del D.M. 24 aprile  
 2013 (Pubblicato sulla G.U. n° 169 del 20 luglio 2013) e degli accordi intercorsi con la F.I.M.P. il rilascio di un  
 certificato di stato di buona salute per la pratica di tali attività sportive in ambito scolastico.

Data \_\_\_\_\_ TIMBRO \_\_\_\_\_ Il Dirigente Scolastico \_\_\_\_\_

**AUTORIZZAZIONE DEL GENITORE**

\_L\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ genitore dell'alunn \_\_\_\_\_  
 frequentante la classe \_\_\_ sez \_\_\_ del Liceo \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_  
 chiede l'iscrizione de\_\_ propri\_\_ figli\_\_ alla partecipazione della pratica sportiva in attività  
 extracurricolari ed autorizza l\_ stess\_\_ a partecipare al\_\_ seguent\_\_ specialità \_\_\_\_\_.

Data \_\_\_\_\_ Firma del Genitore \_\_\_\_\_

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA PER USO SCOLASTICO**  
 ( D.M. 24.04.2013)

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
 nat\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. ( \_\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ residente a  
 \_\_\_\_\_ in Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_.

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonchè  
 del referto del tracciato ECG eseguito in data \_\_\_\_\_, **NON** presenta controindicazioni in  
 atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.  
 Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Timbro \_\_\_\_\_ IL MEDICO \_\_\_\_\_

Si autorizza il trattamento dei dati personali presenti ai sensi del Regolamento Generale sulla Protezione  
 Dati e del D.Lgs. 101/2018