



LICEO SCIENTIFICO E LINGUISTICO "ANTONIO VALLONE"

Viale Don Tonino Bello, s.n.c. 73013 GALATINA (Lecce)

CM: LEPS04000E - CF: 80012610756 - Cod. IPA: istsc\_leps04000e - Cod. Univoco: UF4XDJ  
Tel: 0836 566833 - Email: leps04000e@istruzione.it - PEC: leps04000e@pec.istruzione.it - www.liceovallone.edu.it



Liceo Scientifico - Liceo Linguistico - Liceo Scientifico Scienze Applicate - Liceo Scientifico Quadrennale  
Liceo Quadrennale Scienze Applicate TrED per la Transizione Ecologica e Digitale

LICEO  
TRED



ANNO SCOLASTICO \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico del Liceo Scientifico e Linguistico "A. Vallone" di Galatina dichiara che

l'alunno/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ iscritto/a e frequentante la classe \_\_\_\_\_

svolgerà attività fisico-sportiva non agonistica e parteciperà alle seguenti attività:

- ATTIVITA FISICO-SPORTIVE ORGANIZZATE DAGLI ORGANI SCOLASTICI NELL'AMBITO DELLE ATTIVITA' PARASCOLASTICHE; intese come attività fisico sportive inserite nel P.T.O.F. svolte in orario extracurricolare, con la partecipazione attiva e responsabile dell'insegnante, finalizzate alla partecipazione a gare, campionati e caratterizzate da competizioni tra atleti e/o manifestazioni sportive organizzate dal MIM o da Enti pubblici e privati.
- COMPETIZIONI SPORTIVE SCOLASTICHE NELLE FASI PRECEDENTI A QUELLA NAZIONALE

Al fine di consentirgli detta pratica sportiva si chiede che l'alunno/a venga sottoposto a visita medica ai sensi dell'art. 3 del Decreto Interministeriale del 24/04/2013, modificato dall'art. 42 bis del Decreto Legge n.69/2013, convertito dalla Legge n. 98/2013 e successive modifiche e integrazioni.

Data, \_\_\_\_\_

Il Dirigente Scolastico  
Prof.ssa Angela Venneri

*Documento firmato digitalmente ai sensi del CAD e normativa connessa*

#### CERTIFICATO DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Si certifica che l'alunno/a Cognome/Nome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica .

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

*Si rilascia su richiesta del Dirigente Scolastico, per gli usi consenti dalla legge.*

Data \_\_\_\_\_

Il Medico Certificatore (timbro e firma)

\_\_\_\_\_