F.I.M.P.

             *Federazione Italiana Medici Pediatri*

**Regione Veneto**

**Istituto Scolastico ………………………………………………………………**

**CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE**

**Per fasi ANTECEDENTI alla fase PROVINCIALE**

Rilasciato ai sensi e per i fini di cui all’art.1, lett. a) e c) del D.M. 28-02-83 e dell’ ACN 29 Luglio 2009

**COGNOME......................………............………...Nome………………………………….......**

**nato/a il…………………….a……………………………………………………………………….**

**residente in via ……………………………………………………………………………………..**

**Comune di …………………………………………………………Provincia (            )**

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

Il presente certificato, emesso su specifica richiesta del legale rappresentante della Scuola / Istituto ………………………… …………………………… e ad esclusivo uso della stessa, ha validità annuale dalla data di rilascio.

Data…………………………………………..

                                                                                                              Firma…………………………………………….