



Ministero della Pubblica Istruzione dell' Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VARESE 1 "Don Rimoldi"
Via Pergine n. 6 – 21100 VARESE
Tel. 0332/331440 03322/340050 - Fax 0332/334110
C.F. 80101510123
Sito www.icvarese1donrimoldi.gov.it
e-mail VAIC86900B@istruzione.it e-mail VAIC86900B@pec.istruzione.it



Prot. n. 6222 /C27
Circ. n. 44

Varese, 22 settembre 2016

Ai Docenti scuola primaria IV Novembre

Ai Genitori degli alunni
Scuola Primaria "IV Novembre"
Iscritti al corso di nuoto

DSGA

Sito

OGGETTO: Avvio Corso di nuoto a.s. 2016/2017.

Si ricorda ai signori genitori degli alunni iscritti al corso di nuoto a.s. 16/17, che per la frequenza del corso di nuoto è necessario presentare il certificato medico per l'idoneità alla pratica dell'attività sportiva non agonistica richiesto dalla piscina. Si allega il modulo da consegnare al pediatra di base e di riportarlo presso la scuola primaria IV Novembre alla maestra Antonia Monica entro e non oltre il 30/09/2016.

La DIRIGENTE SCOLASTICA
Maria Rosa Rossi

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del Decreto legislativo n.39/93



Ministero della Pubblica Istruzione dell' Università e della Ricerca
ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE VARESE 1 "Don Rimoldi"
Via Pergine n. 6 – 21100 VARESE
Tel. 0332/331440 03322/340050 - Fax 0332/334110
C.F. 80101510123
Sito www.icvarese1donrimoldi.gov.it
e-mail VAIC86900B@istruzione.it e-mail VAIC86900B@pec.istruzione.it



RICHIESTA DI CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

(D.M. 28/02/1983; D.P.R. N. 270 e N. 272 del 28/07/2000 E SUCCESSIVI)

ANNO SCOLASTICO 2016/17

L'Istituto Comprensivo Varese 1 Don Rimoldi con sede in Via Pergine 6, 21100 Varese

CHIEDE

per il proprio studente _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ cap _____ prov. _____
Via _____ c.f. _____
Tessera sanitaria n. _____

Il rilascio a titolo gratuito – ai sensi dell'art. 29, punto 2, lettera f); all'art. H del d.p.r. 272 del 28/07/2000 e/o dell'art. 31, punto 2 lettera e) del d.p.r. 272 del 28/07/2000 – del certificato di stato di buona salute per la pratica di attività sportive non agonistiche – di cui all'art. 1 lettera a), c) del D.M. 28/02/1983

MOTIVO DELLA RICHIESTA

1 Svolgimento di attività fisico sportiva nell'ambito di attività scolastiche e parascolastiche (attività svolte in orario curricolare ed extracurricolare con presenza attività e responsabilità del docente) finalizzate anche alla partecipazione a gare e campionati e caratterizzata da competizioni tra atleti

2 partecipazione ai giochi sportivi studenteschi nelle fasi precedenti a quella nazionale (scuole secondarie di 1° e 2° grado)

3 svolgimento pratiche di attività ludico-motoria (scuole primarie).

Varese, _____

La DIRIGENTE SCOLASTICA

Maria Rosa Rossi

Firma autografa sostituita a mezzo stampa ai sensi dell'art. 3, comma 2 del Decreto legislativo n.39/93