

\_\_\_\_\_ , li' \_\_\_\_\_

### CERTIFICATO

**Il/La Sig/Sig.ra** \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente in \_\_\_\_\_

con codice fiscale \_\_\_\_\_

dai dati clinico-anamnestici non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attivita' sportiva non agonistica in orario extracurricolare.

Si rilascia su richiesta della Scuola per

**Dr.** \_\_\_\_\_