



ISTITUTO COMPRENSIVO STATALE "GANDHI"

Via Mannocci n°23G - 59100 PRATO - Tel. 0574- 815490 – Fax 0574-663062
www.gandhi.prato.edu.it - info@gandhi.prato.it – poic81400p@pec.istruzione.it Cod.
Ministeriale POIC81400P – Cod. Fisc. 84009250485

COMUNICAZIONE ALLA FAMIGLIA PER RICHIESTA CERTIFICATO MEDICO IDONEITA' SPORTIVE

出具健康证明书

Scuola _____

学校

Classe _____

班级

Ai genitori dell' alunno _____

致学生的家长

Si chiede di consegnare a scuola il certificato di buona salute per la partecipazione del ragazzo alle attività sportive scolastiche. Il certificato viene rilasciato dal proprio medico di fiducia.

为了让学生参加学校的体育活动要求给学校健康证明书。此证明书必须由学生本人的医生出具

La Direzione

校长

L'insegnante di educazione fisica

体育老师

Firma del genitore per presa visione

家长阅后签字
