

CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA
NON AGONISTICA

Cognome

Nome

Nato ail

Residente

N. Iscrizione al S.S.N.

Il soggetto, sulla base della visita da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica del tiro a segno.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio.

Data

Il MEDICO

.....

(Timbro e Firma)