

Regione: _____

Cognome e nome: _____

Nato/a il: _____

Residente a: _____

Documento identità:

rilasciato da:

in data:

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALL' ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA

Sport per cui è stata richiesta la visita:

l'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni alla pratica agonistica dello Sport:

Il presente certificato ha validità di mesi e scadrà il giorno / /

Il medico
timbro e firma del medico

data del rilascio: