

Certificato di idoneita' alla pratica di attivita' ludico-motoria

Sig/Sig.ra _____
nato/a a _____ il _____
residente in _____
CF: _____

sulla base dei dati anamnestici in mio possesso e della visita medica da me effettuata in data odierna non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attivita' ludico-motoria.

Il presente certificato ha validita' annuale dalla data del rilascio.

_____ li', _____

Dr. _____