

_____, li' _____
CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' LUDICO-MOTORIA

Il/La Sig/Sig.ra _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____

con codice fiscale ' _____

Classe di ATTIVITA' LUDICO-MOTORIA:

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, dei valori di pressione arteriosa rilevati, nonche' del referto degli esami strumentali eseguiti:

non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attivita' sportiva di cui all'articolo 4 del D.M. 24 aprile 2013.

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

Dr. _____