

CERTIFICATO MEDICO

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

Residenza e domicilio _____

Il soggetto sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta nessuna controindicazione in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche, **il presente certificato ha la validità annuale dalla data di rilascio.**

Data

Timbro e firma del Medico