

CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALL'ESERCIZIO
DELLO SPORT DEL TIRO A SEGNO

COGNOME

NOME

NATO/A A

RESIDENTE A

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica. Allo stato attuale, non risulta affetto da malattie mentali o da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, le capacità di intendere e di volere.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data e Luogo,

Timbro e firma

(medico di famiglia o di base/pediatra convenzionato con le ASL)