

CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA

cognome _____ nome _____

nat ____ il _____ a _____ pr. _____

residenza e/o domicilio _____ pr. _____ a.s.l. n° _____

documento ____ n° _____ codice fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SPORT per cui è stata richiesta la visita _____

L'attività di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti

NON PRESENTA CONTROINDICAZIONI IN ATTO

alla pratica agonistica dello sport indicato

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive

si

☐

no

☐

Il presente certificato ha la validità di _____ e scadrà il _____

data _____

Il medico (timbro e firma)