

fac simile

CERTIFICATO

DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO

NON AGONISTICO

Sig.ra/Sig.....

Nata/o a.....il.....

Residente a.....Via.....n.....

Il soggetto,sulla base della visita medica e dell'anamnesi da me effettuata,nonche'
dei valori di pressione arteriosa rilevati,non presenta controindicazioni in atto alla pratica di
attivita' sportiva NON AGONISTICA.

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

Note:.....

Data e luogo.....il Medico Certificatore

Dott.....

(timbro e firma)