

CERTIFICATO DI IDONEITÀ' ALLA ATTIVITA' SPORTIVA AGONISTICA DELLO SPORT DEL TIRO A SEGNO

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

N° iscrizione al S.S.N. _____

Si attesta che l'atleta, identificato qui sopra, sulla base della visita medica da me effettuata e dei relativi accertamenti, non presenta controindicazioni in atto **alla pratica di attività AGONISTICA di Tiro a Segno.**

_____, lì _____

(Servizio medico ASL – Centro Medicina dello Sport – Medico accred. FMST)