

CERTIFICATO MEDICO DI IDONEITA' ALL'ATTIVITA' SPORTIVA  
NON AGONISTICA

Cognome .....

Nome .....

Nato a .....il .....

Residente .....

N. Iscrizione al S.S.N. ....

Il soggetto, sulla base della visita da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica sportiva non agonistica del tiro a segno.

**Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio.**

Data .....

Il MEDICO

.....

(Timbro e Firma)