

Certificato di idoneità alla pratica di attività ludico-motoria

Sig.ra / Sig.....

Nata/o ail

residente a.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, non
presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività ludico-motoria.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Luogo

Data

firma del medico certificatore.....

timbro del medico certificatore