

Dottor/Dottoressa .....

Indirizzo .....

Telefono .....

**Certificato di idoneità alla pratica di  
attività sportiva di tipo LUDICO MOTORIA**

Sig.ra/Sig. ....

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

Residente a .....

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

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

Luogo e data

Timbro e firma del medico

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_