

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
