

CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA'
SPORTIVA DI TIPO NON AGONISTICO

Il/La Sig./Sig.ra

nato a (....)

Il e residente a (.....)

in, sulla
base della visita medica da me effettuata risulta,
allo stato attuale, in buona salute, senza
controindicazioni in atto alla pratica di attività
sportive non agonistiche per tiro a segno.

Validità del certificato: anni uno dalla data di
rilascio.

Data

IL MEDICO

.....

(Timbro e firma)