

Certificato di Idoneità all'esercizio dello Sport del Tiro a Segno

Cognome : Nome :

Nato a : il :

Numero di Iscrizione al S.S.N. :

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazione in atto alla pratica di attività non agonistica di Tiro a Segno.

....., lì

Timbro e firma
(medico di famiglia o di base / pediatra
convenzionato con le A.S.L.)