

CERTIFICATO DI IDONEITÀ' ALL'ESERCIZIO DELLA ATTIVITA' SPORTIVA NON AGONISTICA ED ADDESTRATIVA DI TIRO A SEGNO

Cognome _____

Nome _____

Nato/a a _____ il _____

Residente a _____

N° iscrizione al S.S.N. _____

Si attesta che la persona in oggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto **alla pratica di attività addestrativa di Tiro a Segno.**

_____, lì _____

(medico di fiducia/famiglia)