



Certificato di idoneità per la pratica di attività sportive non competitive

Atleta (cognome / nome) _____

Nato a (città / paese) _____

Il (giorno / mese / anno) _____

Residente a (indirizzo completo) _____

Il soggetto, sulla base dell'esame medico che ho svolto, non mostra controindicazioni alla pratica di attività sportive non competitive, specialmente percorrendo una distanza tra 7 e 14 chilometri. La visita medica ha compreso la misurazione della pressione arteriosa e altri esami ritenuti necessari secondo le leggi vigenti.

Questo certificato è valido un anno dalla data indicata di seguito.

Esame medico eseguito:

A (città / paese) _____

Il (giorno/mese/anno) _____

Da (nome / cognome del medico) _____

FIRMA E TIMBRO DEL MEDICO