

IBIS SPORT

A.I.C.S.

.....

SPORT DI BORGATA

CERTIFICATO MEDICO

COGNOME _____ NOME _____

NATO/A A _____ (PR) _____ IL _____

RESDENTE A _____ (PR) _____

N. ISCRIZIONE AL S.S.N. _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche.

Il presente certificato ha validità di un anno dalla data del rilascio.

Il _____

IL MEDICO

(timbro e firma)