CERTIFICATO DI IDONEITA'
ALL'ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A SEGNO

Cognome_____

Nome_____

nato a_____ il_____

residente a_____

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 sportiva ***non agonistica*** *del tiro a segno.*

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

_____ *il*_____

Timbro e Firma

_____