



CERTIFICATO MEDICO - Stagione agonistica 201__/201__

L'ASSISTITO _____

NAT__ IL ___/___/___ A _____ (___)

SESSO _____ CODICE FISCALE _____

ALTEZZA _____ PESO _____

CIRCONFERENZA ADDOMINALE _____

BMI _____

AMBULATORIO _____

CITTÀ _____ (___)

Il soggetto sopra indicato, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto o pregresse obiettivamente tali da controindicare la pratica sportiva non agonistica, compreso il corretto uso degli arti superiori ed inferiori.

La presente Attestazione ha validità di _____ mesi dalla data di rilascio.

Luogo e data _____, ___/___/201__

Firma e timbro del Medico

FIPAV Comitato Territoriale Taranto

Sede: CONI Point – Via Pisa 4, 74121 Taranto - **Tel.:** 099/7366741 - **Fax :** 099/9642097
Partita IVA: 01382321006 - **Internet:** www.fipavtaranto.it - **E-mail:** taranto@federvolley.it