



**CERTIFICATO MEDICO PER ATTIVITA SPORTIVA NON AGONISTICA
STAGIONE SPORTIVA 2023-2024**

L'assistito _____

data e luogo di nascita _____

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 di attività sportive non agonistiche, compreso il corretto uso degli arti superiori ed inferiori.

Tale certificato ha validità 12 mesi dalla data di emissione.

data _____

(firma e timbro del medico attestante)