

CERTIFICATO DI BUONA SALUTE

Si certifica con la presente che il / la Sig. / Sig.ra _____

nato / a il _____ a _____ residente in _____

via _____ n. _____

Sulla base della visita da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica.

Data e luogo _____

Dott./Dott.ssa _____