

**CERTIFICATO DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA'
SPORTIVA NON AGONISTICA DI TIRO A SEGNO**

Cognome.....

Nome.....

Nato a.....il.....

Codice Fiscale

Residente aProv.....

Via

Il soggetto è in stato di buona salute e non risulta affetto da malattie mentali o da vizi che ne diminuiscano, anche temporaneamente, la capacità di intendere e di volere.

Per quanto sopra il soggetto non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportiva non agonistica di tiro a segno.

Data

IL MEDICO

.....

(Timbro e firma)

.