

CERTIFICATO

DI IDONEITA' ALLA PRATICA DI ATTIVITA' SPORTIVA DI TIPO

NON AGONISTICO

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, quale ginnastica dolce, di tipo non agonistica.

Data e luogo _____

Firma e Timbro

Dott./Dott.ssa
