



**TIRO A SEGNO NAZIONALE
SEZIONE DI SOMMA LOMBARDO ASD**

Poligono della Strona
Diploma di Benemerenza e Medaglia d'oro 1997



CERTIFICATO MEDICO PER L'ESERCIZIO DELLO SPORT DEL TIRO A SEGNO

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____ il _____

Residente _____

N. Iscrizione al S.S.N. _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche. Egli allo stato attuale, non risulta affetto da malattie mentali o da vizi che ne diminuiscano anche temporaneamente, la capacità di intendere e di volere.
Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Data _____

IL MEDICO
(*Timbro e firma*)