



CERTIFICATO DI IDONEITÀ
ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA
(Art. 5 - D.M. 18/2/82)

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

il _____

Residenza e/o domicilio _____

Documento d'identità _____

Sport per cui è stata richiesta la visita _____

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni in
atto alla pratica agonistica dello sport

Il presente certificato ha validità di _____

e scadrà il _____

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive:

NO

SI

(barrare la voce che interessa)

Gruppo sanguigno (A-B-O) _____

Fattore Rh _____

(per gli sport in cui è richiesto)

Data _____

IL MEDICO

timbro e firma leggibile

N. 149601 /325



CERTIFICATO DI IDONEITÀ
ALL'ATTIVITÀ SPORTIVA AGONISTICA
(Art. 5 - D.M. 18/2/82)

Cognome _____

Nome _____

Nato a _____

il _____

Residenza e/o domicilio _____

Documento d'identità _____

Sport per cui è stata richiesta la visita _____

L'atleta di cui sopra sulla base della visita medica e dei relativi accertamenti non presenta controindicazioni in
atto alla pratica agonistica dello sport

Il presente certificato ha validità di _____

e scadrà il _____

L'atleta ha l'obbligo di lenti correttive:

NO

SI

(barrare la voce che interessa)

Gruppo sanguigno (A-B-O) _____

Fattore Rh _____

(per gli sport in cui è richiesto)

Data _____

IL MEDICO

timbro e firma leggibile

N. 149601 /325

