

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

Certifico che:

_____ nato a _____
il _____ residente a _____ codice fiscale
n. _____ non è affetto da malattie mentali oppure da vizi
che ne diminuiscano, anche temporaneamente, le capacità di intendere e di volere.

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 di Tiro a Segno.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

In fede

_____ ; lì _____

(timbro e firma del medico)