

Regione.....

**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

Uso di lenti a contatto: [NO] [SI] (barrare la voce che interessa)

EEG NEI LIMITI DELLA NORMA

Data

IL MEDICO
Specialista in Medicina dello Sport

Timbro e firma