



## CERTIFICADO MEDICO SPORTIVO

Io sottoscritto Dottor .....

Ho esaminato

Cognome/Nome.....

Data di nascita.....

Non presenta alcuna controindicazioni in atto alla **practica agonistica**  
dello sport: **atletica leggera**

Certificato rilasciato a (luogo): .....

Data: .....

Indirizzo e timbro del dottore: