



CERTIFICATO MEDICO BUONA SALUTE

Il presidente del C.R.C.S.D. Paganella Lavis (affiliazione FIP: Basket 052268 - Minibasket 077123)

chiede

che l'atleta _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 28 febbraio 1983.

il Presidente
Diego Claus

CERTIFICATO DI STATO DI BUONA SALUTE

COGNOME E NOME _____

NATO IL _____ A _____

RESIDENTE A _____ VIA _____

NR. ISCRIZIONE AL S.S.N. _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata e dei dati anamnestici raccolti, risulta in stato di buona salute e non presenta attualmente segni clinici di alterazioni psicofisiche in atto o pregresse tali da controindicare la pratica di attività sportive non agonistiche.

DATA

IL MEDICO

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

Certificato gratuito secondo deliberazione provinciale 2661 d.d. 19/11/2004 e lett. PAT ass.to SALUTE d.d. 17/08/2007 prot. 340.