

Dott. _____

SI CERTIFICA CHE

Il Sig./la Sig.ra _____

Nata a _____ il _____

Residente a _____ in Via _____

in riferimento alla visita medica da me eseguita, non presenta segni clinici di malattie in atto che impediscano lo svolgimento di attività ludicomotorie, svolte sia singolarmente che in gruppo, per esclusivi fini igienici e ricreativi.

In particolare ciò si attesta per lo svolgimento dei corsi di ginnastica di mantenimento, nuoto e ginnastica in acqua promossi dal Comune di Sasso Marconi e gestiti dal CSI Sasso Marconi con propri istruttori.

In fede

_____, _____
(luogo) (data)

(firma e timbro del medico)