

# Certificato di idoneità alla pratica di attività ludico-motoria

D.M. ....data

Sig.ra / Sig.....

Nata/o a .....il .....

residente a.....

Classe di ATTIVITÀ LUDICO-MOTORIA, di cui all'Allegato A

.....

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività ludico-motoria.

Il presente certificato ha validità .....[annuale/biennale/altro (specificare)] dalla data del rilascio.

Luogo, data, timbro e firma del medico certificatore

