

Data \_\_\_\_\_

Certifico che il/la minore

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

sulla base della visita medica effettuata e dall'anamnesi, non presenta segni clinici di malattie di rilievo in atto o pregresse che gli/le impediscano lo svolgimento di attività motoria ludico-ricreativa compatibile con la sua età, svolta sia singolarmente sia in gruppo, per esclusivi fini igienici e ricreativi.

Il presente certificato ha validità annuale dalla data del rilascio.

In fede

\_\_\_\_\_  
(Timbro e Firma)