

CERTIFICATO MEDICO DI BUONA SALUTE

Cognome _____ Nome _____

Nato/a a _____ il _____

n.° iscrizione al S.S.N. _____

Il soggetto, sulla base della visita medica da me effettuata, risulta in stato di buona salute e non presenta controindicazioni in atto alla pratica di attività sportive non agonistiche. Il presente certificato ha validità annuale dalla data di rilascio.

Cognome – Nome e recapito telefonico del medico compilatore:

_____ luogo e data di rilascio

_____ timbro e firma del medico

SCHEDA SANITARIA

Anamnesi familiare _____

Anamnesi fisiologica _____

Anamnesi patologica remota _____

ALLERGIE A FARMACI _____

ALLERGIE ALIMENTARI _____

MEDICINALI IN USO o da utilizzare _____

NOTE: _____

