



Certificazione medica-sportiva

Atleta:

Cognome / Nome: _____

Data di nascita: _____

Indirizzo (strada e nr.): _____

Codice postale / Città: _____

Il medico firmatario del presente certificato attesta di aver sottoposto l'atleta ad una visita medico-sportiva e di ritenerlo/a idoneo/a dal profilo della salute a partecipare a competizioni di canottaggio secondo le seguenti condizioni di gara:

Categoria di età:	Distanza di gara:
<input type="checkbox"/> Juniori 13/14 anni	<input type="checkbox"/> 1'000 m
<input type="checkbox"/> Juniori 15/16 anni	<input type="checkbox"/> 1'500 m
<input type="checkbox"/> Juniori 17/18 anni	<input type="checkbox"/> 2'000 m
<input type="checkbox"/> U23 (19-22 anni)	
<input type="checkbox"/> Elite (\geq 23 anni)	<input type="checkbox"/> Gare di lunga distanza ($>$ 2'000m)
<input type="checkbox"/> Masters (\geq 27 anni)	

Ulteriori osservazioni: _____

Luogo e data: _____

Firma del medico

Timbro studio medico / clinica

Con l'invio del certificato medico-sportivo, l'atleta accetta che le informazioni contenute nel presente modulo saranno raccolte, elaborate e conservate ai fini del rilascio della licenza di competizione.