

CERTIFICATO MEDICO

Circolare n. 25 del 24/6/1992 del Ministero della Sanità

Dichiaro di aver sottoposto a visita medica il/la giovane:

Cognome..... Nome

nato/a il

indirizzo

che risulta essere esente da imperfezioni fisiche e da segni clinici di malattie in atto o pregresse, tali da controindicare le attività non agonistiche di avviamento allo sport della vela, del canottaggio, e della canoa.

Il/la giovane non presenta sintomi di malattie trasmissibili ed è in regola con le vaccinazioni obbligatorie. Ha eseguito l'ultima somministrazione di vaccino antitetanico in data

Data (non anteriormente a 1 mese precedente l'inizio del corso)

Firma e timbro del Medico
o Pediatra A.S.L. di scelta

.....

Nota Bene:

Trattandosi di vita in comunità non saranno ammessi gli allievi che hanno patologie in atto e/o che richiedano cure continuative o giornaliere.