



ATTESTATO MEDICO

Atleta :

Nome / Cognome

Data di nascita

Indirizzo

.....

Il medico sottoscritto dopo aver esaminato l' atleta sopra menzionato, attesta che è in grado di praticare lo sport del canottaggio secondo le indicazioni seguenti:

<p>Categoria d' età:</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> junior 13 / 14<input type="checkbox"/> junior 15 / 16<input type="checkbox"/> junior 17 / 18<input type="checkbox"/> Senior B (19 – 22 anni)<input type="checkbox"/> Senior A (≥ 23 anni)<input type="checkbox"/> Master (≥ 27 anni)	<p>Pratica NON competitiva <input type="checkbox"/></p> <p>Distanze competitive</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> 1000 m<input type="checkbox"/> 1500 m<input type="checkbox"/> 2000 m<input type="checkbox"/> distanze lunghe > 2000 m
---	--

OSSERVAZIONI

.....
.....
.....
.....

Luogo e data :

Firma e timbro del medico