

## ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY

Io Sottoscritto Dott.ssa / Dott.

---

Medico Specialista in Medicina dello Sport

ATTESTO

che l'Atleta \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_

Dichiarato da me **Idoneo** alla pratica sportiva agonistica per lo sport \_\_\_\_\_

in data \_\_\_\_\_

a seguito della visita medica da me effettuata in data \_\_\_\_\_ e degli accertamenti presi in visione può riprendere la pratica dello sport agonistico.

---

Data e Luogo

---

Il Medico (*Firma e Timbro*)