

AZIONE DANZA A.S.D
MODULO PER RICHIESTA CERTIFICATO D'IDONEITA'
ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Al medico dell'atleta

(Cognome nome leggibile)

Il sottoscritto STEFANO RAFFAELLI, nella sua qualità di legale rappresentante della Società Sportiva AZIONE DANZA ASD con sede in ROVERETO, via MAIOLICHE 137, affiliata con codice n.68685 a CSEN TA ACCADEMY ente di promozione sportiva riconosciuto dal coni

CHIEDE

Che il proprio atleta tesserato per il Settore Giovanile e Scolastico

....., nato a, il

..... e residente in via, nel Comune di

....., sia sottoposto al controllo

sanitario per la pratica di attività sportive non agonistiche secondo quanto previsto

dall'art. 1 del D.M. 28.02.1983 – L. R. 15.12.1994 n. 94 – D.M 08 agosto 2014.

per la pratica dell'attività _____

Ringraziando per la cortese attenzione si porgono cordiali saluti.

In fede

Luogo e data

IL PRESIDENTE
Stefano Raffaelli

