



COMUNICAZIONE CERTIFICAZIONE MEDICA SPORTIVA.

Il/La sottoscritta
Nato/a a il
e residente a in Via.....
in qualità di Presidente dell'AsdSsd.....
Con sede legale a.....in Via.....
Codice Fiscale/Partita Iva.....

DICHIARO E CERTIFICO SOTTO LA MIA RESPONSABILITA' ALL'ORGANIZZATORE DELL'EVENTO.

Che gli atleti associati alla ASD/SSD sopraindicata e partecipanti all' AERIAL
ELEGANCE CONTEST, sono in possesso di regolare Certificato Medico Agonistico/
Non Agonistico in corso di validità.

Tale documentazione è conservata presso la sede Legale della Asd/Ssd.

.....,li.....

Il Presidente(timbro e firma)