

MODULO PER RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Al medico curante dell'atleta

_____ (nome e cognome)

Il sottoscritto ADOLFO ZENNARO nella sua qualità di legale rappresentante della Società sportiva dilettantistica GDS RITMOMISTO affiliata alla FIDS

CHIEDE

Che l'atleta _____ (nome e cognome) nato il _____ sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 8 agosto 2014

Data 1 settembre

Il Presidente

GDS RITMOMISTO
Via Alfieri, 7
38015 Lavis (TN)
P. IVA 01862400221

RITMOMISTO

Via V. Alfieri, 7
38015 Lavis TN
Tel. 0461 246018
Cel. 348 8521538

SCUOLA DI DANZA
GRUPPO DANZA SPORTIVA
CHEER SCHOOL

info@ritmomisto.it
www.ritmomisto.it