



**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 ASC e CSEN

chiede

Che l'atleta _____ (nome) _____ (cognome)

nat__ a _____ (__ __) il ____ / ____ / _____ venga sottopost__

al controllo sanitario di cui al D.M. 8 agosto 2014

Lavis, 15 agosto 2024

GDS RITMOMISTO
Via Alfieri, 7
38015 Lavis (TN)
C.F. 96061650220
P.IVA 01862400221

RITMOMISTO

Via Alfieri, 7
38015 Lavis TN

Cel. 348 8521538

**SCUOLA DI DANZA
GRUPPO DANZA SPORTIVA
CHEER SCHOOL**

info@ritmomisto.it
www.ritmomisto.it