

**ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA
GINNASTICA ACROBATICA
VALLE DEL NOCE**

**Modulo per richiesta certificato di idoneità
alla pratica sportiva non agonistica**

Al medico curante dell'atleta _____

Il sottoscritto PATRIZIA CRISTOFORI nella sua qualità di legale rappresentante
della Società sportiva :

A.S. DILETTANTISTICA GINNASTICA ACROBATICA VALLE DEL NOCE

Affiliata a FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA
CENTRO SPORTIVO ITALIANO

(* *indicare la Federazione Sportiva Nazionale o l'Ente di Promozione Sportiva riconosciuti dal C.O.N.I.*)

CHIEDE

che l'atleta _____ nato il _____

sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 28 febbraio 1983.

Data

Il Presidente

Mezzana

PATRIZIA CRISTOFORI