



GINNASTICA ARTISTICA TRENTINA
SOCIETÀ SPORTIVA DILETTANTISTICA
A RESPONSABILITÀ LIMITATA

Modulo per richiesta certificato di idoneità alla pratica sportiva non agonistica

Al medico curante dell'atleta _____

La sottoscritta Laura Curti, nella sua qualità di legale rappresentante della Società sportiva

Ginnastica Artistica Trentina S.S.D. a r.l.

affiliata a (*) Centro Sportivo Italiano (CSI)

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

CHIEDE che

l'atleta _____

nato a _____ il _____

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

Data _____

RAVINA di TRENTO

Firma

La Presidente

Laura Curti