



MODULO DI RICHIESTA CERTIFICAZIONE DI IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Al medico curante dell'atleta _____

La sottoscritta Vera Valerio in qualità di legale rappresentante della Associazione Sportiva Dilettantistica "Move.Art Danza" affiliata all'Ente di promozione sportiva CSEN, riconosciuta dal C.O.N.I.,

CHIEDE

che l'atleta _____, nato/a il _____ sia sottoposto/a a visita medico sportiva per idoneità alla pratica non agonistica dello sport della danza.

Trento, _____


MoveArt A.S.D.
Via Giuseppe Salvadori Zanatta, 8
38121, Trento (TN)
P. IVA 02799570227