


ASSOCIAZIONE DILETTANTISTICA SPORTIVA

Chorégraphique 

MODULO PER RICHIESTA CERTIFICATO IDONEITA' ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA

Al medico curante dell'atleta \_\_\_\_\_

Io sottoscritto Barreca Carmine, in qualità di legale rappresentante dell'associazione dilettantistica sportiva Chorégraphique, affiliata a (\*) Danze Italia (parte integrante di ASI)

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

CHIEDE che

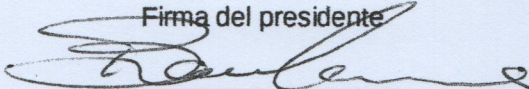
l'atleta \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

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

Luogo e Data

\_\_\_\_\_

Firma del presidente



a.s.d.Chorégraphique  
via Schmid12, 30122 Trento (TN)  
CF 96107430223