

DELEGA PER VISITA MEDICO SPORTIVA PER ATLETI MINORENNI

Il/La sottoscritto/a nato/a a
..... il avente la responsabilità
genitoriale sul minore nato/a a
..... il

DELEGA

il/la sig./sig.ra nato/a a
..... il
ad accompagnare il già citato minore alla visita medico sportiva e di ricevere le successive
informazioni sanitarie

Data

Firma del delegante

Firma del delegato

**N.B. : ALLEGARE FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' DEL
DELEGANTE E DEL DELEGATO**