DELEGA PER VISITA MEDICO SPORTIVA PER ATLETI MINORENNI

Il/la sottoscritto/a ….....nato/a a ..... il .....

avente la responsabilità genitoriale sul minore .....

nato a …..... il .....

DELEGA

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

data _____ firma del Delegato _____

data _____ firma del Delegante _____

Si allega copia di:

DOCUMENTO IDENTITA' DELEGANTE

DOCUMENTO IDENTITA' DELEGATO