

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Prov _____ il _____

Residente a _____ via _____

Codice Fiscale _____

Genitore del minore _____

AUTORIZZO

Mio/a figlio/a a prendere parte alle attività sportive organizzate dal C.U.S. Salerno.

DICHIARO ALTRESÌ

Che il certificato medico allegato alla pratica di tesseramento è stato rilasciato dal proprio:

- Pediatra (relativamente ai suoi assistiti del SSN)
- Medico di medicina generale (relativamente ai suoi assistiti del SSN)
- Medico specialista in medicina dello sport ovvero di medico della Federazione medico sportiva Italiana

Fisciano, ___ / ___ / _____

In fede

Si allega copia del documento di riconoscimento