

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ il \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ piazza \_\_\_\_\_

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