



STATO DI BUONA SALUTE E INFORMAZIONI SANITARIE DELL'ISCRITTO

I sottoscritti:

Nome e Cognome _____ C.F. _____

Nome e Cognome _____ C.F. _____

nella nostra qualità di esercenti responsabilità genitoriale / rappresentanza legale nei confronti di:

Nome e Cognome dell'iscritto _____

DICHIARANO

che il/la proprio/a figlio/a gode di buona condizione fisica tale da poter partecipare alla attività sportiva non agonistica;

che il/la proprio/a figlio/a presenta le seguenti patologie particolari e/o terapie in atto:

Cardiopatie	
Epilessia	
Asma Bronchiale	
Diabete	
Problemi motori	
Altro	

Ulteriori informazioni

Allergie o intolleranze alimentari	
Eventuali strumenti salva-vita	
Medico Pediatra	

Data _____

Nome e Cognome _____ Firma _____