CREMA
Ass. sportiva dilettantistica
riconosciuta dal CONI

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI BUONA SALUTE PER ATTIVITÀ SPORTIVA NON AGONISTICA

Il/La sottoscritto/a _____

Nata/o a _____ il _____

e residente in _____

DICHIARA

sotto la propria responsabilità di risultare in stato di buona salute psicofisica, di non presentare controindicazioni alla pratica di attività sportiva non agonistica, di esonerare l'Unione Sportiva ACLI di Crema da ogni responsabilità e conseguenza derivante da malori e/o infortuni imputabili alla non idonea condizione fisica e malattie pregresse.

SI IMPEGNA

a consegnare in segreteria o tramite e-mail il Certificato Medico Sportivo rilasciato dal medico per l'Anno Sportivo in corso, qualora previsto dall'attività svolta.

In fede

_____ lì _____

Firma di un genitore o di chi ne fa le veci in caso di minore.