

DICHIARAZIONE di non sussistenza di casi specifici che prevedano la necessità di apposita certificazione medico sportivo pediatrica per la Stagione Sportiva 20__/20__ dell' Associazione Sportiva Dilettantistica *Il Laboratorio ASD APS*

La/Il sottoscritta/o.....

nata/o ail.....

residente in(prov.....)

Via.....n.....tel.....

genitore/ tutore legale della/del minore.....

di età compresa tra gli 0 e i 6 anni, nato/a il

dichiara e sottoscrive

di aver verificato con il pediatra la non sussistenza di casi specifici tali da prevedere la necessità di produrre una apposita certificazione medica sportiva.

La presente dichiarazione viene concessa in piena libertà ed autonomia, senza condizioni o riserve e a titolo completamente gratuito.

In conseguenza di quanto sopra, il/la sottoscritto/a intende assolvere con l'Associazione ed il suo organo direttivo, dalle responsabilità che in ogni modo dovessero sorgere in conseguenza della partecipazione del/della bambino/a alle attività per qualsiasi danno subisse alla propria persona.

Luogo, data_____

Firma del tutore legale (leggibile)_____

OPZIONALE

Controfirma e timbro del pediatra (leggibile) sulla non sussistenza di casi specifici
