

AUTOCERTIFICAZIONE STATO DI SALUTE

Io sottoscritto/a _____ nato/a a _____

in data _____ residente a _____

in via _____

dichiaro che

mio figlio/a _____

Risulta essere in buona salute ed è in grado di svolgere le attività proposte durante la stagione sportiva 2020/2021 per la pratica dello sport della Pallanuoto.

Risulta essere in possesso di certificato medico sportivo per l' idoneità alla pratica dello sport agonistico o di avere il certificato medico di sana e robusta costituzione se l' atleta ha meno di 9 anni.

Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo l' A.S.D. Pallanuoto Como da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute ma non dichiarate nel presente modulo.

DATA

FIRMA DEL GENITORE
