

DELEGA PER VISITA MEDICO SPORTIVA ATLETA MINORENNE

Io sottoscritto/a Sig/Sig.ra

nato/a a..... il.....

In qualità di madre/padre di

nato/a a..... il.....

DELEGO

Il Sig/ la Sig.ra

nato/a a..... il.....

come accompagnatore per la visita medico sportiva agonistica/non agonistica di mio figlio/a.

Luogo..... Data.....

Firma del genitore

*In allegato: -

Documento di identità in corso di validità del delegato –

Copia del documento di identità in corso di validità del delegante