



*ASSOCIAZIONE SPORTIVA DILETTANTISTICA  
GINNASTICA ACROBATICA VALLE DEL NOCE*

**RICHIESTA CERTIFICATO DI IDONEITÀ ALLA PRATICA SPORTIVA NON AGONISTICA**

Al medico curante dell'atleta \_\_\_\_\_

Il sottoscritto PATRIZIA CRISTOFORI nella sua qualità di legale rappresentante della Società sportiva ASD GINNASTICA ACROBATICA VALLE DEL NOCE affiliata FEDERAZIONE GINNASTICA D'ITALIA CHIEDE che l'atleta \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ sia sottoposto al controllo sanitario di cui al D.M. 28 febbraio 1983.

Mezzana \_\_\_\_\_

Presidente *PATRIZIA CRISTOFORI*