



DICHIARAZIONE CERTIFICATO MEDICO

Io sottoscritto

nome e cognome _____

in qualità di presidente della società

nome società sportiva _____

Dichiaro che gli atleti della società iscritti alla gara

indicare il nome della competizione _____

che si svolge a

indicare luogo e data _____

sono regolarmente tesserati alla FIKTA per l'anno corrente e sono in possesso del certificato
medico agonistico

In fede

Firma leggibile
