

AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI SALUTE DEI PARTECIPANTI

Io sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ (Prov. _____)

in Via _____ n° _____

Responsabile della scuola _____

Dichiaro che la scuola di danza è in possesso dei certificati medici di idoneità allo svolgimento di attività sportiva “non agonistica”

Dichiaro inoltre che quanto sopra corrisponde al vero e sollevo l’organizzazione da responsabilità derivanti da problematiche di salute conosciute, ma non dichiarate in questo modulo.

Luogo e data

firma leggibile