



**I SOTTOSCRITTI:**

**NATI IL:**

**RESIDENTI IN:**

**NUMERI DI TELEFONO:**

(da compilare da entrambi i genitori con scrittura leggibile se l'atleta è un minore)

## **DECLINO DA OGNI RESPONSABILITA'**

**NOME**

**COGNOME**

**NATO IL**

(dati atleta)

Dichiariamo che al momento di firma della dichiarazione l'atleta non presenta patologie in atto e **scarichiamo il Gruppo Sportivo Chivassesi da ogni responsabilità finché non presenteremo il nuovo certificato di idoneità agonistica e non.**

**Ci impegneremo a comunicare in segreteria la data in cui avverrà la visita medica richiesta.**

Chivasso, il

Firma leggibile entrambi i genitori

**GRUPPO SPORTIVI CHIVASSESI**

PRESIDENTE Clerici Claudio

Tel. 3391024283

Email: [gschivassesi@gmail.com](mailto:gschivassesi@gmail.com)