

# **DELEGA PER MINORI NON ACCOMPAGNATI DA UN GENITORE**

**IO SOTTOSCRITTO/A** \_\_\_\_\_

**NELLA QUALITA' DI GENITORE DI** \_\_\_\_\_

**NUMERO DOCUMENTO PAT. O C.IDENTITA'** \_\_\_\_\_

**TELEFONO NUMERO** \_\_\_\_\_

**DELEGO IL SIG/RA** \_\_\_\_\_

**NUMERO DOCUMENTO PAT. O C.IDENTITA'** \_\_\_\_\_

**AD ACCOMPAGNARE MIO FIGLIO/A**

**ALLA VISITA MEDICO SPORTIVA ED APPORRE LA PROPRIA**

**FIRMA SULLA SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICO SPORTIVA**

**IN FEDE** \_\_\_\_\_