



ATTESTAZIONE MEDICA

[Da consegnare al Commissario di Riunione prima dell'inizio dell'attività]

Il sottoscritto Dott. _____, Responsabile Sanitario dell'evento denominato _____ che si svolge a _____

DICHIARO

di avere ottemperato a tutte le disposizioni sanitarie e regolamentari in materia di controllo atleti.

In particolare dichiaro di avere verificato i prescritti certificati medico/agonistici, attestandone con la presente la piena regolarità, validità e conformità all'attività che l'atleta dovrà svolgere.

Dichiaro inoltre, con riferimento alle discipline del contatto pieno, di avere eseguito tutti i necessari controlli medici sugli atleti, giudicandoli idonei al combattimento.

Dichiaro infine di avere riscontrato la inidoneità dei sottoelencati atleti al combattimento

[da barrare nel caso non ve ne fossero]:

1. _____ motivo _____
2. _____ motivo _____
3. _____ motivo _____
4. _____ motivo _____
5. _____ motivo _____
6. _____ motivo _____
7. _____ motivo _____
8. _____ motivo _____
9. _____ motivo _____
10. _____ motivo _____

_____, li _____

[firma medico]