

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

consapevole della propria responsabilità

DICHIARA

Che il proprio figlio \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Si è iscritto alla Società sportiva \_\_\_\_\_

e ha praticato l'attività sportiva per una durata di mesi \_\_\_\_\_ (riferirsi al periodo da settembre 2016 a settembre 2017 o a tutto il 2017 secondo la tipologia dell'attività praticata).

Dichiaro inoltre di aver ricevuto dalla Società \_\_\_\_\_

attrezzatura sportiva consona alla pratica della disciplina sportiva, per un valore di

€ \_\_\_\_\_ e di aver sostenuto, per la visita medico sportiva la spesa di

€ \_\_\_\_\_

In fede

Data \_\_\_\_\_