

# AUTOCERTIFICAZIONE DELLO STATO DI BUONA SALUTE

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

genitore/tutore di \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

e di \_\_\_\_\_  
COGNOME NOME

## DICHIARA

sotto la propria personale responsabilità che il figlio risulta in stato di buona salute e non presenta segni o sintomi clinici di malattie sistemiche in atto, dichiara quindi, di poter svolgere attività fisica non agonistica.

Data \_\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_