

## DICHIARAZIONE PER MINORI

Il Sottoscritto/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

num. cell. \_\_\_\_\_

**dichiara**

di essere a conoscenza che suo figlio/a

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

tesserato presso la Società A.S.D. \_\_\_\_\_

partecipa a competizioni e allenamenti di karate sia nelle forme di kata che di kumite (combattimento) e di avere consegnato il certificato medico di idoneità all'agonismo alla Società di cui sopra.

Dichiara pertanto di accettare i rischi insiti nell'attività stessa.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_