

ALLA DELEGAZIONE REGIONALE F.I.S.E. VALLE D'AOSTA

(modulo per rinnovo patenti)

Data e luogo _____ Presidente dell'Associazione _____

Il sottoscritto _____ Codice associazione _____ Anno di riferimento _____

Dichiara che i sottoelencati atleti hanno depositato presso la Segreteria di questa Associazione la prescritta certificazione medica attestante la idoneità fisica alla pratica degli Sport Equestri e che sono in regola con la certificazione di vaccinazione antitetanica (L.5/3/1963 n.292) e con le disposizioni vigenti in materia di tutela sanitaria delle attività sportive per quanto concerne la certificazione di idoneità specifica allo Sport Equestre agonistico e/o ludico addestrativo, conservati agli atti della Società (DM.18/12/1982) ed inoltre che gli interessati hanno preso visione dell'art. 21 del regolamento di Giustizia.

COGNOME E NOME	DATA DI NASCITA	CODICE FISCALE	PATENTE TIPO E NUMERO	SCADENZA VISITA MEDICA -DATA	FIRMA DELL'ATLETA	FIRMA Di chi esercita la patria potestà (per i minori)

Timbro dell'Associazione

Firma del Presidente



Federazione Italiana Sport Equestri – Delegazione Regionale Valle d'Aosta

Via Corrado Gex 25/A – 11020 Nus (AOSTA) – Tel. 0165.767250 Fax 0165.767148 e-mail fise.vda@tiscalinet.it