**RASSEGNA COREOGRAFICA NAZIONALE A PREMI AICS 2025**

**DICHIARAZIONE POSSESSO CERTIFICATI MEDICI**

Il/La sottoscritto/a …………………………………………………………………………..……………………………………….……………….…..

rappresentante legale/Presidente della Società/Scuola di Danza…………………………………………………………………

con sede in…………………………………………………….Via…….……………………………………….…..………………………….…….…….

CAP……….…………………….………….…….….Città……………………………………….……………………………………………………………

Tel. ….………………………..…………………….….………. Cell………….……………………………………………..…………….……..………..

e-mail…………………………………………….………..…………………………………..Cod. Affiliazione AICS ……………………………..

**Dichiaro**

che gli allievi/atleti iscritti alla ***“Rassegna* *Coreografica Nazionale a Premi AICS 2025”*** sono in possesso dei certificati medici di idoneità all’attività sportiva in corso di validità (a partire dagli 8 anni) e che gli stessi sono custoditi presso la sede societaria.

Data…………………….

In Fede

Il Presidente/Rappresentante Legale della Scuola

………………………………………….………………