

MODULO CAPI DELEGAZIONE

Per partecipare all' evento in questione è necessario essere tesserati presso l'ente di promozione sportiva interessato dall'evento stesso ed è necessario essere in possesso di regolare certificato medico agonistico in corso di validità per l'anno sportivo in corso (1 sett – 31 agosto) attestante l'idoneità alla pratica dell'attività agonistica.

Per gli atleti minori di anni 18 è necessario essere in possesso del certificato liberatoria debitamente compilato dai genitori.

Si ricorda che senza i suddetti certificati gli atleti saranno esclusi dalle competizioni senza alcuna refusione di spese.

I certificati medici dovranno essere PRESENTATI AL MOMENTO DELLA VISITA MEDICA PRE GARA

SI PREGA DI COMPILARE

COGNOME (CAPO DELEGAZIONE) _____

NOME (CAPO DELEGAZIONE) _____

LUOGO E DATA EVENTO _____

CON QUESTO MODULO DICHIARO DI ESSERE RESPONSABILE DI TUTTI GLI ATLETI DELLA MIA DELEGAZIONE:

• DICHIARO ALTRESI' CHE OGNI ATLETA FACENTE PARTE DELLA MIA DELEGAZIONE E' IN POSSESSO DI REGOLARE E SPECIFICO CERTIFICATO MEDICO IN CORSO DI VALIDITA' NECESSARIO PER LE COMPETIZIONI DI FULL CONTACT – LOW KICK - MUAY THAI – K-1 – MMA - KICK BOXING ECC. PER DISCIPLINE A CONTATTO LEGGERO E/O PIENO CONTATTO (IN QUESTE DISCIPLINE SERVE IL MEDESIMO CERTIFICATO DEGLI ATLETI DELLA BOXE CON VISITE SPECIFICHE COME AD ES. L'ELETTROENCEFALOGRAMMA, VISITA BULBI OCULARI ETC..)

• DICHIARO ALTRESI' CHE GLI ATLETI DELLA MIA DELEGAZIONE NON FANNO USO DI SOSTANZE DOPANTI COME PREVISTO DALLA NORMATIVA IN VIGORE.

• DICHIARO ALTRESI' CHE NESSUN ATLETA DELLA MIA DELEGAZIONE HA SUBITO UN K.O. NEI 3 MESI ANTECEDENTI ALL' EVENTO IN QUESTIONE.

• DICHIARO ALTRESI' CHE TUTTI I COMPONENTI DELLE MIA DELEGAZIONE SONO IN POSSESSO DI REGOLARE CERTIFICATO DI COPERTURA ASSICURATIVA (AFFILIAZIONE) IN CASO DI EVENTUALI INCIDENTI O DANNI INTERCORSI DURANTE L'INTERA DURATA DELL' EVENTO IN QUESTIONE.

DICHIARO INOLTRE DI DECLINARE TOTALMENTE DA OGNI FORMA DI RESPONSABILITA' GLI ORGANIZZATORI E QUALSIASI ENTE,SOCIETA' O E PERSONA FISICA LEGATA ALL' EVENTO IN QUESTIONE NEL CASO DI EVENTUALI INCIDENTI E/O QUALSISI TIPO DI INFORTUNIO DELL' ATLETA

FIRMA CAPO DELEGAZIONE

DATA
