



RICHIESTA ASSOCIATIVA ASD DELTA ATLETICA SASSUOLO STAGIONE 2020/21

(da consegnare a Daniele Morandi prima dell'inizio attività unitamente al certificato medico)

Il/La sottoscritto/a _____

genitore del/la minore _____

nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

residente a _____ via/viale/piazza _____ n° _____

con certificato medico in regola per: attività agonistica attività non agonistica
(libretto verde o certificato medico)

valido fino al ____ / ____ / ____

**CHIEDE DI ASSOCIARE ALL'ASD DELTA ATLETICA SASSUOLO
(dal 1 settembre 2022 al 31 agosto 2023)**

il/la proprio/a figlio/a _____

Data

Firma