



DELEGA ED AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO SANITARIO DI MINORE

I sottoscritti _____ nato a _____ il ___/___/_____
e _____ nato a _____ il ___/___/_____
residenti in _____ alla via _____ nr _____
in qualità di genitori esercenti la patria potestà genitoriale sul minore _____
nato a _____ il ___/___/_____

PREMESSO

1. Che il minore è tesserato per l'Associazione Sportiva _____ per la pratica del Rugby;
2. Che i sottoscritti dichiaranti sono consapevoli che nell'ambito dell'attività sportiva l'atleta può subire infortuni che richiedono accertamenti sanitari e diagnostici;
3. Che in occasione della trasferta a _____ del ___/___/_____ il minore sarà affidato ai Tecnici Federali e/o al Dirigente del **COMITATO REGIONALE PUGLIESE** in qualità di accompagnatori della rappresentativa;

DELEGANO ed AUTORIZZANO

i dirigenti/tecnici accompagnatori ad adottare tutte le eventuali decisioni autorizzando sia accertamenti diagnostici e strumentali sia visite mediche in conseguenza di infortuni occorsi in gara o comunque durante la trasferta, previa tempestiva comunicazione nei nostri confronti. Il tutto con esonero di responsabilità della struttura sanitaria al riguardo.

Allegati:

- copia dei documenti di identità dei genitori
- copia della tessera sanitaria del minore
- numero di cellulare di un genitore

Luogo data ___/___/_____

Firma genitore

Firma genitore
