

ALLEGATO C

DICHIARAZIONE POSSESSO CERTIFICAZIONE MEDICA

DA INVIARE COMPILATO E CONTROFIRMATO A SEGRETERIA@WORLDANCEAWARD.ORG

Il candidato maggiorenne o il genitore, o chi ne esercita la potestà parentale in caso di candidati minorenni, o il Responsabile della Scuola / Accademia dichiara sotto la propria responsabilità, apponendo la firma, il possesso della certificazione medica, propria o dei ballerini iscritti al Concorso a nome della Scuola / Accademia, attestante l' idoneità allo svolgimento dell'attività fisica e di non avere controindicazioni alla stessa (certificato di idoneità sportiva) valida alla data del Concorso.

COGNOME e NOME del ballerino / genitore / Responsabile della Scuola / Accademia iscritta

.....

RAGIONE SOCIALE SCUOLA / ACCADEMIA

.....

FIRMA

.....

DATA

.....