

## CERTIFICATO MEDICO

La prima parte del presente modulo deve essere firmata e timbrata dal medico (oppure il medico può trascrivere per intero il testo qui sotto riportato <sup>(\*)</sup> sulla sua carta intestata).

Se sei già in possesso di un certificato in corso di validità, fai aggiungere dal tuo medico la frase sotto riportata e compila la dichiarazione individuale sotto riportata se l'allievo è un minore.

Compilare IN STAMPATELLO

Il sottoscritto, Dott. ....

Recapito del Medico .....

Certifica che il/la Sig./a. ....

**(\*) Il soggetto non presenta patologie in atto o controindicazioni alla pratica sportiva non agonistica caratterizzata da un particolare impegno cardiovascolare (ai sensi dei DM 24/04/2013 e 08/07/2014).**

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

data .....

**(\*)** i corsi di vela sono basati su un'intensa attività sportiva, richiedono quindi una notevole resistenza e un perfetto equilibrio nervoso

### PARTE DA COMPILARE OBBLIGATORIAMENTE:

**L'allievo** deve elencare qui di seguito eventuali patologie di rilievo o problematiche che non compromettono l'attività velica, ma che ritiene opportuno evidenziare quali ad esempio allergie, incompatibilità alimentari o quant'altro, cosicché se ne possa tener conto sia per l'alimentazione sia per eventuali necessità:

.....

.....

**Si consiglia** inoltre di provvedere ad effettuare la vaccinazione antitetanica e di portare con sé la copia del libretto relativo.

### DICHIARAZIONE INDIVIDUALE PER MINORI (OBBLIGATORIA)

Il genitore esercente la potestà sul minore Cognome e Nome .....

Cognome e Nome dell'Allievo .....

Corso ..... Turno .....

Dichiara qui di seguito che L'allievo ha elencato eventuali patologie di rilievo o problematiche che non compromettono l'attività velica, ma che ritiene opportuno evidenziare quali ad esempio allergie, incompatibilità alimentari o quant'altro, cosicché se ne possa tener conto sia per l'alimentazione sia per eventuali necessità

.....

.....

Persona da avvisare in caso d'urgenza .....

Telefoni (con prefissi) .....

#### NOTA IMPORTANTE

Io sottoscritto esercente la potestà del minore (sopra indicato) **AUTORIZZO** i responsabili del Centro Velico Caprera a prendere sul suddetto minore qualsiasi iniziativa, giudicata indispensabile da un medico o dall'ospedale, in caso di necessità o ricovero.

Data ..... Firma di chi esercita la patria potestà .....