FEDERAZIONE ITALIANA
Kickboxing Muay Thai Savate Shoot Boxe Sambo
DSA / CONI

CERTIFICAZIONE PER APPARECCHIO ORTODONTICO

Il sottoscritto medico dentista _____ con studio sito in_____,

CERTIFICA

Che l'atleta _____ nato a _____ in data _____, può effettuare attività di Kickboxing agonistica e non, a contatto leggero e/o pieno, utilizzando il paradenti opportunamente configurato dal sottoscritto o da altra struttura abilitata, su apparecchio ortodontico, in quanto l'utilizzo dello stesso non comporta pericolo o danno durante l'attività sportiva.

IL MEDICO

_____

Luogo e data_____

Il presente modulo non ha scadenza di validità