



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 _____