

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA (1)

ASSOCIAZIONE SPORTIVA

Sede Sociale Tel. Sede Sociale

C.F. Soc. Sportiva Cod. affiliazione FSN

CHIEDE

Visita medico sportiva per l' idoneità alla pratica agonistica dello sport

..... per l' atleta

Cognome.....

Nome.....

Nato/a a.....il.....

Residente in CAP

Via Nr.

C.F. Atleta Cod. Reg. San.

Data prestazione

**IL PRESIDENTE DELLA
SOC. SPORTIVA**

.....

(Timbro e firma)

N.B. Il giorno della visita portare referto analisi urine o campione urine del mattino

Per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore.

Il sottoscritto (2)

Esercente la potestà sul minore

Dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata e alla effettuazione dei relativi accertamenti di idoneità, analiticamente esposti sul retro di questo foglio che il sottoscritto dichiara di aver letto.

Data

Firma

(1) Compilare il modulo in ogni sua parte.

(2) Nome, cognome, residenza, titolo della potestà (genitore tutore).