

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 il.....

Residente in.....CAP.....

Via..... N°.....

C.F. atletaCod. 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 e valutato

data

Firma.....

(1) compilare il modulo in ogni sua parte

(2) nome, cognome, residenza, titolo della potestà (genitore tutore)