

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.  
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 e valutato

data..... Firma.....

(1) compilare il modulo in ogni sua parte (2) nome, cognome, residenza, titolo della potestà (genitore tutore)