RICHIESTA VISITA MEDICA DI IDONEITA' SPORTIVA

ATENEO SPORTIVO SCOPPITO ASD

Sede sociale :Via Roma 71 67019 Scoppito (AQ)

Tel 0862 451809 - 3475047823

Cod. fisc n°93078570665 Affil. FIPAV n°140680133

C H I E D E

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

Cognome ..... Nome.....

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

Residente

in.....CAP.....

Via.....N°.....

C.F. atleta .....

DATA PRESTAZIONE.....

IL PRESIDENTE DELLA SOC. SPORTIVA

ATENEO SPORTIVO SCOPPITO A.S.D.
Sede Legale Via Roma n. 71
67019 SCOPPITO (AQ)
Tel. 0862 451809 - 348 3475407
e-mail: vincenzoalonzi@virgilio.it
Codice Fiscale n. 93078570665

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)