



RICHIESTA VISITA MEDICA

La scrivente Associazione/Società richiede:

Visita medico sportiva e il rilascio dell'attestato di idoneità sportiva alla pratica

AGONISTICA NON AGONISTICA

dello sport _____

Prima affiliazione Rinnovo in scadenza il

Si dichiara che l'attività praticata dall'atleta rientra nello sport agonistico ai sensi delle determinazioni della competente Federazione Sportiva Nazionale.

Per _____
Nato a _____ il _____
Residente a _____ Prov. _____
Indirizzo _____ CAP _____
Telefono _____
Cod. Fiscale _____ Tessera Sanitaria _____

CASTELLO D'ARGILE, 11/09/2019

Firma
Peperoncino
Libertas Basket asd
Via Ungaretti 14
Castello d'Argile (BO)
C.A.P. IVA 01551771202

Per i minorenni, da compilare a cura del genitore:

Il Sottoscritto _____
esercante la potestà sul minore _____

dà il consenso alla effettuazione dei relativi accertamenti medici previsti per il rilascio del certificato di idoneità.

Firma del genitore/tutore
