RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

L'Associazione Sportiva A.S.D. NUOVO BASKET ALTOPASCIO

Sede sociale ALTOPASCIO, VIA MARCONI 71

Telefono Sede Sociale ////////////////////////////

CHIEDE

visita medico sportiva per l'idoneità agonistica allo sport PALLACANESTRO

per l'atleta _____
(Cognome) (Nome)

nato a _____ il _____

residente in _____ CAP _____

Via _____ n° _____

_____
(luogo e data)

Il Presidente della Società Sportiva

A.S.D. NUOVO BASKET ALTOPASCIO
VIA MARCONI 71
55011 ALTOPASCIO (LU)
C.F.-P.IVA 01389030467 - COD.FIP 027771

_____
(timbro e firma)

Per gli atleti minorenni, da compilare a cura del genitore

Il sottoscritto _____
(Cognome, Nome, Residenza)

esercente la podestà sul minore _____ dà il consenso alla pratica della specifica disciplina sportiva agonistica sopra indicata e all'effettuazione dei relativi accertamenti medici previsti per il rilascio del certificato d'idoneità.

_____
(firma del genitore)

N.B. Per la visita di atleti minorenni è necessaria la presenza di un genitore.
Il giorno della visita portare con sé: 1) campione per esame urine; 2) codice fiscale; 3) libretto sanitario.