

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA (1)

ASS. DILETT. PALLAVOLO IMPRUNETA

Via Luca della Robbia, 3 IMPRUNETA (Fi) - www.pallavoloimpruneta.it
info@pallavoloimpruneta.it

Cod. Fiscale 94019840480

Cod. affiliazione FIPAV 100470057

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
Fontani Massimo



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 previsti.

data

Firma.....

(1) compilare il modulo in ogni sua parte

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