

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

L'Associazione/Società Sportiva _____
Sede sociale _____
Telefono Sede Sociale _____
Codice fiscale/P.iva della Società Sportiva _____
Iscritta a Federazione/Ente Sportivo riconosciuto dal C.O.N.I. _____
con num. _____

CHIEDE

visita medico sportiva per l'idoneità agonistica allo sport della DANZA SPORTIVA

per l'atleta _____
(Cognome) (Nome)

nato a _____ il _____

residente in _____ CAP _____

Via _____ n° _____

telefono _____ ASL _____

Codice fiscale dell'atleta

Codice regionale sanitario

(luogo e data)

Il Presidente della Società Sportiva

(timbro e firma)

Per gli atleti minorenni, da compilare a cura del genitore

Il sottoscritto _____
(Cognome, Nome, Residenza)

esercitante 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.

Data: _____

(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.