

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

ASSOCIAZIONE SPORTIVA A.S.D. POLISPORTIVA ASTRA ATLETICA

Sede Sociale Via di Carcaricola 193 Tel. Sede Sociale 3339068262

C.F. Soc. Sportiva 96481920583 Cod. affiliazione OPES 96962

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.....

POLISPORTIVA ASTRA ATLETICA
Associazione Sportiva Dilettantistica

C.F. 96481920583

IL PRESIDENTE

David Alessio



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)