

RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA

L'Associazione Sportiva Dilettantistica _____

con sede in _____ Tel. _____

Codice Fiscale _____

Codice FIDA _____ Codice ENTE _____

CHIEDE

Visita medico sportiva per l'idoneità agonistica alla disciplina della DANZA SPORTIVA

per l'atleta _____
Cognome e Nome

Codice Fiscale _____ nato il _____

a _____ prov. _____

residente a _____ prov _____

via _____ n° _____

telefono _____

ASL _____ Codice Regionale Sanitario _____

Il Presidente

_____, li _____

timbro e firma

Per gli Atleti minorenni, da compilare a cura del genitore

Il sottoscritto _____
Cognome Nome

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

_____, li _____

firma