RICHIESTA DI VISITA MEDICO SPORTIVA (1)

ASSOCIAZIONE SPORTIVA DUERUOTEFORLI' RIDEFORFUN! ASD

Sede Sociale FORLI VIA RAVEGNANA 29 Tel. Sede Sociale 0543 25239 3457972226

C.F. Soc. Sportiva 92073010406 ...Cod. affiliazione FSN FCI 07K1678

CHIEDE

Visita medico sportiva per l'idoneità alla pratica agonistica dello sport

CICCISMO .....per l'atleta

Cognome ..... Nome.....

Nato a ....il.....

Residente in.....CAP.....

Via..... N°.....

C.F. atleta ....Cod. Reg. San.....

DATA PRESTAZIONE.....

ASD DueruoteForlì Rideforfun
Via Ravegnana, 2
47122 Forlì (FC
Cod.Fisc.: 92073010406
Partita IVA: 03856580

IL PRESIDENTE DELLA SOC. SPORTIVA (timbro e firma)

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)