

RICHIESTA DI VISITA DI MEDICINA DELLO SPORT PER IDONEITA' NON AGONISTICA

SEZIONE PER I TESSERATI A SOCIETA' SPORTIVE

La società sportiva _____ Affiliata a:
Federazione sportiva nazionale del C.O.N.I.....Codice.....
Ente di promozione sportiva riconosciuto dal C.O.N.I.....Codice.....
Sede sociale: ViaCitta'
C.A.P.....Telefono/Fax.....
Email.....P.E.C.....

Per il proprio atleta tesserato:

Cognome: _____ Nome _____ Nato il _____
Residente in _____ N° Tessera associazione _____

CHIEDE VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Nuova iscrizione SI NO se SI Rinnovo certificato in scadenza il.....
Data richiesta..... Timbro e firma del Responsabile della società

SEZIONE PER I NON TESSERATI A SOCIETA' SPORTIVE

Il sottoscritto nato ila.....
Residente in Via.....
In qualita di Diretto interessato/genitore (tutore legale) del minore _____

CHIEDE VISITA DI IDONEITA' SPORTIVA NON AGONISTICA

Per partecipare a Titolo individuale ad attività sportiva non agonistica

Data Richiesta _____ Firma _____

Per partecipare ad ATTIVITA' SPORTIVA PARASCOLASTICA EXTRACURRICULARE

Data Richiesta _____ Firma e Timbro Istituto Scolastico _____